

**Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Ergoterapie



Bc. Iveta Kovářová

**Soubor doporučení pro osoby po cévní mozkové příhodě a jejich
rodiny po propuštění z včasných iktových lůžek**

Summary of Principles and Recommendations for Stroke Patients and their Families
after Discharge from Acute Stroke Units

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Alice Oktábcová

Praha, 2018

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych moc poděkovat vedoucí diplomové práce, paní Mgr. Alici Oktábcové za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky, podněty a náměty.

Dále bych chtěla poděkovat celému interprofesnímu týmu Lůžek včasné rehabilitace VFN v Praze za spolupráci během ergoterapeutické praxe a sběru dat a všem pacientům, kteří se účastnili kvalitativní studie k této práci. Speciální poděkování patří kolegyni Bc. Kateřině Holubové za krásné ilustrace k „*Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny*.“

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 30. 4. 2018

Iveta Kovářová

Podpis studenta

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: Bc. Iveta Kovářová

Vedoucí práce: Mgr. Alice Oktábcová

Název práce: *Soubor doporučení pro osoby po cévní mozkové příhodě a jejich rodiny po propuštění z včasných iktových lůžek*

Pozadí výzkumu: Cévní mozková příhoda (CMP) je velmi závažné a časté onemocnění s vysokou mortalitou, u kterého je důležité zahájení včasné rehabilitace. Brzké propuštění umožňuje rehabilitaci v domácím prostředí podle volby pacienta a jeho rodiny. Největším cílem rehabilitace je pro pacienty návrat k všedním denním aktivitám.

Cíl: Cílem práce je vytvoření edukačního materiálu „*Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“, jehož obsahem je problematika CMP, epidemiologie, důsledky a rizika, praktické rady do života, přehled kompenzačních pomůcek, možnosti rehabilitace, informace o sociálním poradenství, logopedii a ambulantní rehabilitaci a kontakty na právní poradenství v této problematice. Dalším cílem je získání zpětné vazby k vytvořenému edukačnímu materiálu.

Metodologie: Práce shrnuje dostupnou literaturu v České republice i v zahraničí za účelem vypracování souboru doporučení pro pacienty. Metody sběru dat zahrnují kvalitativní předvýzkum formou případové studie u 10 pacientů, kterým byl před ukončením hospitalizace předán „*Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“. Po 3 měsících od propuštění do domácího prostředí byla od pacientů získávána kvalitativní data pomocí polostrukturovaného rozhovoru za účelem zjištění užitečnosti předaného edukačního materiálu.

Výsledky: Většina pacientů po CMP hodnotí vytvořený edukační materiál pozitivně. 7 z 10 pacientů uvádí důležitost jeho využití u pacientů v akutní fázi CMP.

Závěr: „*Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“ poskytuje důležité informace a kontakty a má přínos pro pacienty po CMP po propuštění do domácího prostředí.

Klíčová slova:

Cévní mozková příhoda, CMP, rehabilitace, ergoterapie, doporučení, domácí prostředí, všední denní činnost, ADL

ABSTRACT

Name and surname: Bc. Iveta Kovářová

Supervisor: Mgr. Alice Oktábcová

Thesis title: *Summary of Principles and Recommendations for Stroke Patients and their Families after Discharge from Acute Stroke Units*

Background: Stroke is a very serious and common disease with a high mortality. It is important for patients to start rehabilitation as soon as possible. Early discharge allows stroke patients return home to continue rehabilitation in familiar surroundings. The responsibility for continued rehabilitation is in the hands of patients and their families and the main aim is to adjust to everyday life.

Objective: The aim of this work is to create an educational material “*Summary of Principles and Recommendations for Stroke Patients and their Families after Discharge from Acute Stroke Units*“, to help patients in the stroke problematics. This Summary includes information about stroke issues, stroke epidemiology, consequences and risks, practical advices, compensatory aids, possibilities of rehabilitation and information on social counseling, speech therapy and outpatient rehabilitation with relevant contacts. A case report in the practical part of this work tries to summarize possibilities of home occupational therapy and get a feedback on the educational material.

Methods: This research work summarizes the available literature in the Czech Republic and abroad to elaborate the summary of recommendations for stroke patients. The case study describes the usability of a new overview in 10 cases of stroke patients. The semi-structured interview is used to obtain the data and it tries to find the data of improvements in Activities of Daily Living (ADL).

Results: The vast majority of stroke patients evaluated the new educational material positively and 7 of 10 patients recommend the use of this educational material.

Conclusion: “*Summary of Principles and Recommendations for Stroke Patients and their Families after Discharge from Acute Stroke Units*“ brings a benefit to stroke patients in the home environment to find a possibility of rehabilitation.

Key words: Stroke, Rehabilitation, Occupational Therapy, Recommendations, Home Environment, Activities of Daily Living, ADL

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

KOVÁŘOVÁ, Iveta. *Soubor doporučení pro osoby po cévní mozkové příhodě a jejich rodiny po propuštění z včasných iktových lůžek. [Summary of Principles and Recommendations for Stroke Patients and their Families after Discharge from Acute Stroke Units]*. Praha, 2018. 171 stran, 8 příloh. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Alice Oktábcová.

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]

SEZNAM ZKRATEK

Zkratka	Název	Výklad pojmu
ADL	Všední denní činnost (Activities of Daily Living)	Činnosti, vztahující se k základním fyzickým funkcím člověka. Dělíme je na personální ADL (sebesycení, osobní hygiena, oblékání, použití WC, přesuny a funkční mobilita) a instrumentální ADL (behaviorální a sociální aktivity jako například nakupování, vaření, domácí práce, manipulace s penězi, použití městské hromadné dopravy, jízda autem a telefonování), (Krivošíková, 2011).
AST	Apraxia Screen of Tulia	Nástroj k vyšetření a zhodnocení míry apraxie u pacientů po poškození mozku. Úkolem pacienta je splnit jednoduché praktické úkoly, představující konkrétní činnosti, po ukázce či slovní výzvě terapeuta. Test obsahuje 12 úkolů a za každé správné předvedení pacient získává 1 bod. Test je hodnocen pro obě horní končetiny (Rehab Measures, 2016).
AT	Albertův test (Albert's test)	Vyšetření přítomnosti Neglect syndromu - poruchy orientace v prostoru s opomíjením levé poloviny prostoru u pacientů po CMP. Jedná se o test půlení čar, rozmístěných na papíru.
BI	Barthel Index	Mezinárodní standardizovaný test pro posouzení soběstačnosti v 10 běžných denních činnostech (příjem potravy, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence moči a stolice, použití WC, přesuny a chůze po rovině a po schodech), (Bartoš, 2015).
CMP	Cévní mozková příhoda	Klinický syndrom charakterizovaný rychle se vyvíjejícími klinickými známkami ložiskové (nebo globální) poruchy mozkové funkce, se symptomy trvajícími 24 hodin nebo déle nebo vedoucími ke smrti (WHO, 2004).

Zkratka	Název	Výklad pojmu
ČAE	Česká asociace ergoterapeutů	Dobrovolná profesní organizace ergoterapeutů České republiky, která byla založena v roce 1994 v Ostravě a je registrována Ministerstvem vnitra ČR jako nezisková organizace. Je aktivním členem Světové federace ergoterapeutů (WFOT) a Rady ergoterapeutů evropských zemí (COTEC), (Česká asociace ergoterapeutů, 2008).
FIM	Funkční míra nezávislosti (Functional Independence Measures)	Mezinárodně uznávané hodnocení nezávislosti, zachycující schopnosti v aktivitách denního života. 18 základních položek hodnotí na 7stupňové stupnici, čímž hodnotí míru funkčního postižení. Hodnotí například příjem jídla, osobní hygienu, oblékání, funkci močení, funkce střev, přesuny, chůzi, zdolávání schodů apod. Výhodou FIM je i orientační hodnocení vyšších mozkových funkcí, jako je porozumění, vyjadřovací schopnosti, sociální spolupráce, řešení problémů a paměť (Bartoš, 2015).
IC	Iktové centrum	Centrum, jehož hlavní součástí je jednotka intenzivní péče, která se specializuje na diagnostiku a léčbu akutních cévních mozkových příhod.
ICF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (International Classification of Functioning, Disability and Health)	Mezinárodní termín pro Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) Světové zdravotnické organizace. Je univerzálním klasifikačním systémem pro oblast zdraví a zdravotnických domén (Osborne, 2017).
MoCA	Montrealský kognitivní test (Montreal Cognitive Assessment)	Nástrojem jedenácti zkoušek k hodnocení kognitivních funkcí v přijatelném čase s jednoduchou administrací. Zahrnuje relativně náročné zkoušky ke zjištění počínajících nebo mírných kognitivních poruch. Hodnotí: paměť, exekutivní funkce, řečové schopnosti, zrakově konstrukční schopnosti, pozornost, časovou a místní orientaci (Bartoš, 2015).

Zkratka	Název	Výklad pojmu
OT	Ergoterapie (Occupational Therapy)	Profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (Česká asociace ergoterapeutů, 2008).
RHB	Rehabilitace	Činnost, jejímž cílem je optimální znovuoobnovení fyzických, psychických, sociálních a pracovních schopností jedince, které byly sníženy v důsledku úrazu či onemocnění (Seidl, 2004).
TIA	Tranzitorní ischemická ataka	Cévní mozková příhoda s krátkodobými příznaky, které vyhasínají do 24 hodin. Je způsobena přechodnou poruchou zásobování tkání krví s následným rozkladem a zvyšuje riziko vzniku ischemické cévní mozkové příhody (Edmans, 2010).
WHO	Světová zdravotnická organizace	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, WHO, též SZO) je agentura Organizace spojených národů. Je koordinační autoritou v mezinárodním veřejném zdraví. Centrálu má v Ženevě ve Švýcarsku. WHO byla založena Spojenými národy 7. dubna 1948. (WHO, 2004)

OBSAH

ÚVOD.....	15
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	16
1.1 Cévní mozková příhoda.....	17
1.1.1 Definice Cévní mozkové příhody	17
1.1.2 Příčiny vzniku CMP.....	21
1.1.3 Rizikové faktory CMP	22
1.1.4 Následky CMP	24
1.1.5 Soběstačnost pacientů po CMP.....	30
1.2 Léčba cévních mozkových příhod.....	31
1.2.1 Prevence.....	31
1.2.2 Léčebné přístupy	33
1.2.3 Organizace léčby u pacientů	34
1.3 Rehabilitace pacientů po CMP	41
1.3.1 Koordinovaná rehabilitace	41
1.3.2 Proces rehabilitace	42
1.3.3 Interprofesní spolupráce	45
1.4 Ergoterapie	47
1.4.1 Ergoterapie v neurologii	47
1.4.2 Ergoterapeutický proces	48
1.4.3 Metody hodnocení v ergoterapii	48
1.4.4 Terapeutické prostředky v ergoterapii	52
1.4.5 Nácvik ADL.....	53
1.4.6 Kompenzační pomůcky	54
1.5 Rehabilitace v domácím prostředí.....	55
1.5.1 Hodnocení domácího prostředí	55
1.5.2 Možnosti úprav domácího prostředí	56
1.5.3 Možnosti další rehabilitace	57
1.6 Rehabilitace v legislativním procesu	58
1.6.1 Mezinárodní legislativa.....	58
1.6.2 Ustanovení rehabilitace v české legislativě	60

2	PRAKTICKÁ ČÁST	64
2.1	Cíl práce a výzkumná otázka	65
2.1.1	Cíle práce	65
2.1.2	Výzkumná otázka	66
2.2	„Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny“	66
2.2.1	Vznik Souboru doporučení	66
2.2.2	Obsah edukačního materiálu	67
2.3	Metodologie diplomové práce	68
2.3.1	Typ práce	68
2.3.2	Metody získávání dat	69
2.4	Výzkumný soubor	70
2.4.1	Pacient č. 1 (pan V.) - muž, 67 let	71
2.4.2	Pacient č. 2 (paní D.) – žena, 68 let	71
2.4.3	Pacient č. 3 (paní J.) – žena, 43 let	72
2.4.4	Pacient č. 4 (pan M.) – muž, 70 let	72
2.4.5	Pacient č. 5 (pan H.) – muž, 72 let	73
2.4.6	Pacient č. 6 (pan J.) – muž, 63 let	73
2.4.7	Pacient č. 7 (paní B.) – žena, 72 let	74
2.4.8	Pacient č. 8 (paní M.) – žena, 76 let	74
2.4.9	Pacient č. 9 (pan R.) – muž, 77 let	75
2.4.10	Pacient č. 10 (pan N.) – muž, 65 let	75
2.5	Sběr dat pacientů	76
2.5.1	Vyšetření	76
2.5.2	Poradenství v oblasti rehabilitace	78
2.5.3	Kvalitativní rozhovory	79
2.6	Metody analýzy dat	80
2.6.1	Zpracování dat	80
2.6.2	Kategorizace a kódování rozhovorů	81
2.7	Výsledky	89
2.8	Diskuse	91
2.8.1	Rehabilitační přístup k pacientům po CMP	91
2.8.2	Diskuse dostupné literatury	93

2.8.3	Diskuse vzniku edukačního materiálu	95
2.8.4	Diskuse zvolené metodologie	96
2.8.5	Diskuse výsledků	97
2.9	Závěr.....	103
2.10	Seznam použité literatury.....	104
3	PŘÍLOHY	111
3.1	Příloha č. 1 - Schéma procesu organizace péče	112
3.2	Příloha č. 2 - Informovaný souhlas pacientů s provedením studie.....	113
3.3	Příloha č. 3 - Informovaný souhlas pacientů s audionahrávkou	115
3.4	Příloha č. 4 - Vyjádření etické komise k výzkumnému projektu	116
3.5	Příloha č. 5 - Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny.....	118
3.6	Příloha č. 6 - Struktura rozhovoru pro kvalitativní výzkum	152
3.7	Příloha č. 7 - Kódování rozhovoru – paní M.	153
3.8	Příloha č. 8 - Případové studie pacientů výzkumného vzorku.....	158
3.8.1	Kazuistika pan V. - muž, 67 let	158
3.8.2	Kazuistika paní D. – žena, 68 let	159
3.8.3	Kazuistika paní J. – žena, 43 let.....	161
3.8.4	Kazuistika pan M. – muž, 70 let	162
3.8.5	Kazuistika pan H. – muž, 72 let.....	163
3.8.6	Kazuistika pan J. – muž, 63 let	165
3.8.7	Kazuistika paní B. – žena, 72 let	166
3.8.8	Kazuistika paní M. – žena, 76 let.....	167
3.8.9	Kazuistika pan R. – muž, 77 let.....	169
3.8.10	Kazuistika pan N. – muž, 65 let.....	170

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Hospitalizace pacientů po CMP v letech 2003-2010.....	18
Tabulka 2: Hospitalizovaní podle vybraných diagnóz a pohlaví (ÚZIS, 2016)	18
Tabulka 3: Glasgow Coma Scale (Pfeiffer, 2007).....	26
Tabulka 4: Centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče (MZ ČR).....	36
Tabulka 5: Centra vysoce specializované péče o pacienty s iktem (MZ ČR)	37
Tabulka 6: Hospitalizovaní, bydlící v ČR, podle kapitol MKN-10 (ÚZIS, 2016)	38
Tabulka 7: Přednosti a nevýhody kvalitativního výzkumu (Hendl, 2008).....	69
Tabulka 8: Kategorie rozhovoru	81
Tabulka 9: Získaná data z kódovaných rozhovorů	90

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Hospitalizace pacientů po CMP (ÚZIS, 2016)	18
Obrázek 2: Cévní zásobení mozku (https://viamedici.thieme.de)	19
Obrázek 3: Seznam komplexních cerebrovaskulárních center a iktových center ČR	36
Obrázek 4: Průměrná ošetrovací doba vybraných oddělení (ÚZIS, 2016).....	40
Obrázek 5: Albertův test u pacienta s pravostranným neglect syndromem.....	78
Obrázek 6: Blokové schéma zakotvené teorie (Glaser et Strauss, 2008)	80

ÚVOD

Cévní mozková příhoda je závažné cévní onemocnění, které je v České republice druhou nejčastější příčinou kardiovaskulárních úmrtí (Konečný et al., 2015). Dochází při ní k poškození mozkové tkáně, která způsobí rozmanité neurologické příznaky. Velmi důležitá je včasná diagnóza tohoto postižení a okamžité zahájení rehabilitace, jejíž nedílnou součástí je i ergoterapie. Jejím cílem je obnova soběstačnosti pacienta, snížení závislosti na druhých osobách a návrat do domácího prostředí. Ergoterapie se u pacientů po CMP zaměřuje nejen na zdravotní léčbu a rychlé zotavení, ale i na zajištění bezpečnosti při propouštění z nemocnice, posouzení dovedností všedních denních činností (ADL) a poskytování informací o domácím prostředí. Dále nabízí možnost nácviku funkčních aktivit a trénink kognitivních funkcí pacienta (Krivošíková, 2011). Ergoterapeut pacientům pomáhá při výběru kompenzačních pomůcek a adaptačních prostředků, podporuje pacienty při návratu do práce a k aktivitám volného času a zajišťuje možnost domácí návštěvy (Klusoňová, 2011).

Pro pacienty po cévní mozkové příhodě existují specializovaná neurologická centra (iktové jednotky). V komplexním rehabilitačním přístupu na ně navazují lůžková včasná neurorehabilitační oddělení, která vznikla jako součást iktových center. V rehabilitačním procesu má své velké zastoupení interprofesní tým odborníků, který zodpovídá za včasnost, návaznost, komplexnost, koordinovanost a součinnost rehabilitace (Švestková et al., 2017).

Pro snížení nutné délky pobytu v nemocnici a zlepšení funkčního stavu pacientů je v současné době upřednostňována rehabilitace v komunitě, především v domácím prostředí pacienta. Propuštění z nemocnice je však často spojeno s překonáváním překážek a psychickými dopady na pacienty i jejich rodinu (Winstein et al., 2016).

Cílem této práce je příprava edukačního materiálu pro usnadnění návratu pacientů do domácího prostředí, získání zpětné vazby k této vytvořené příručce a interpretace výsledků.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Cévní mozková příhoda (CMP, iktus) je onemocnění mozku, způsobené poruchami cév, zejména tepen. Dochází při ní k poškození až nekróze určité části mozkové tkáně, což způsobuje specifické neurologické příznaky podle lokalizace příhody. Časté jsou zejména obrny, poruchy řeči, obrna lícního nervu a jiné. Větší příhody jsou komplikovány nitrolebeční hypertenzí až otokem mozku. Přímé poškození některých mozkových center vede k poruchám daných funkcí (Vokurka, 2012). Cévní mozkové příhody jsou častým a závažným onemocněním s vysokou úmrtností a významnou příčinou invalidizace. Incidence cévních mozkových příhod stoupá nejen u stárnoucí populace, ale jejich výskyt se zvyšuje i v produktivním věku (Kalita, 2006).

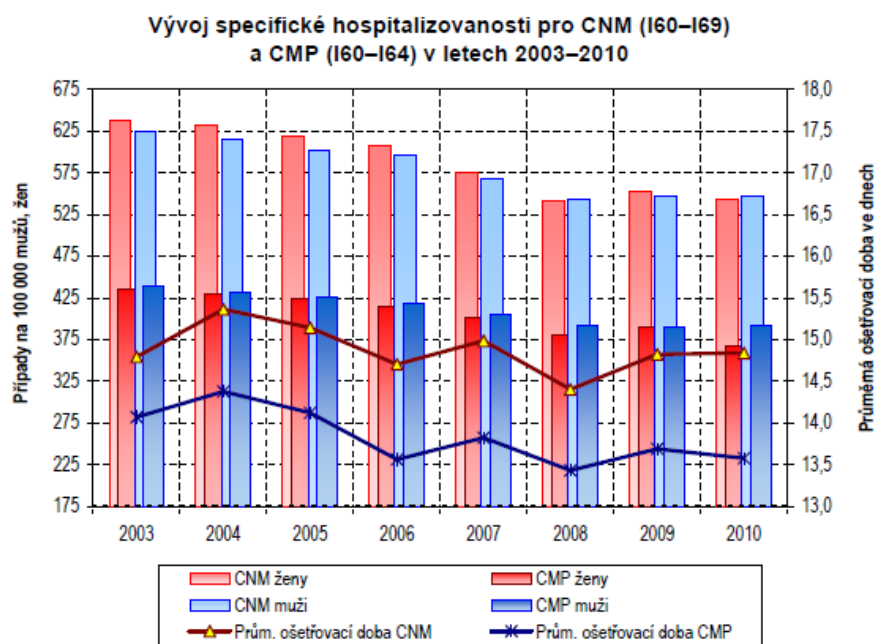
1.1.1 Definice Cévní mozkové příhody

Cévní mozková příhoda je dle WHO definována jako „*klinický syndrom charakterizovaný rychle se vyvíjejícími klinickými známkami ložiskové (nebo globální) poruchy mozkové funkce, se symptomy trvajících 24 hodin nebo déle nebo vedoucích ke smrti, bez zjevné příčiny jiné než cévního původu*“ (WHO, 2004). Příčinami cévní mozkové příhody mohou být mozkové infarkty v důsledku trombózy či embolie, vysoký krevní tlak, mozková hemoragie, malformace (vrozené vývojové vady) krevních cév, nádory mozku, úrazy a další smíšené stavy (Kalita, 2006).

1.1.1.1 Epidemiologie cévních mozkových příhod

Incidence cévních mozkových příhod v České republice se pohybuje kolem 300 případů na 100 000 obyvatel. Incidence CMP je vyšší u žen, protože se dožívají vyššího věku než muži. Průměrný věk pacientů, postižených cévní mozkovou příhodou, je 70 let u mužů a 75 let u žen. Přibližně 25 % cévních mozkových příhod postihuje mladší populaci (Konečný et al., 2015).

Obrázek 1: Hospitalizace pacientů po CMP (ÚZIS, 2016)



Tabulka 1: Hospitalizace pacientů po CMP v letech 2003-2010 (ÚZIS, 2016)

Rok	Věková skupina										Celkem	
	0–49		50–59		60–69		70–79		80+			
	absolutně	na 100 000 obyvatel	absolutně	na 100 000 obyvatel	absolutně	na 100 000 obyvatel	absolutně	na 100 000 obyvatel	absolutně	na 100 000 obyvatel	absolutně	na 100 000 obyvatel
	Celkem											
2003	2 429	36,11	5 837	382,89	8 990	953,16	16 297	2 255,48	11 032	3 872,02	44 585	437,04
2004	2 446	36,62	5 890	383,45	9 020	923,16	15 322	2 143,88	11 219	3 732,26	43 897	430,07
2005	2 399	36,08	5 594	360,96	8 880	876,77	14 784	2 090,02	11 844	3 760,68	43 501	425,06
2006	2 449	36,95	5 437	350,78	9 023	851,04	14 191	2 028,72	11 686	3 557,62	42 786	416,75
2007	2 465	37,15	5 194	339,33	9 161	815,38	13 191	1 905,51	11 635	3 403,79	41 646	403,44
2008	2 376	35,52	4 751	314,83	8 997	758,37	12 375	1 793,74	11 756	3 307,23	40 255	385,97
2009	2 336	34,77	4 736	320,13	9 501	768,44	12 206	1 771,97	12 159	3 306,49	40 938	390,20
2010	2 568	38,18	4 569	320,21	9 775	754,25	11 969	1 716,74	11 056	2 860,45	39 937	379,17

Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR
Střední stav obyvatelstva ČR dle věku a pohlaví, ČSÚ

Tabulka 2: Hospitalizovaní podle vybraných diagnóz a pohlaví (ÚZIS, 2016)

Vybraná základní dg.	Počet hospitalizací - absolutně			Počet případů na 100 000 obyvatel			Průměrná ošetrovací doba	Průměrný věk	Počet zemřelých	
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem			absolutně	Na 1 000 hospitalizací
I10 Esenciální (primární) hypertenze	4 933	8 965	13 898	95,0	166,9	131,5	5,4	69,0	112	8,1
I20 Angina pectoris	4 955	2 634	7 589	95,4	49,0	71,8	3,8	67,8	20	2,6
I21 Akutní infarkt myokardu	14 921	7 714	22 635	287,3	143,6	214,2	4,8	67,6	1 095	48,4
I25 Chronická ischemická choroba srdeční	17 657	8 201	25 858	340,0	152,7	244,7	5,6	68,9	573	22,2
I63 Mozkový infarkt	14 985	14 995	29 980	288,6	279,1	283,8	10,2	73,0	2 407	80,3
I64 Cévní příhoda mozková neurčená jako krvácení nebo infarkt	900	1 062	1 962	17,3	19,8	18,6	19,8	74,3	288	146,8

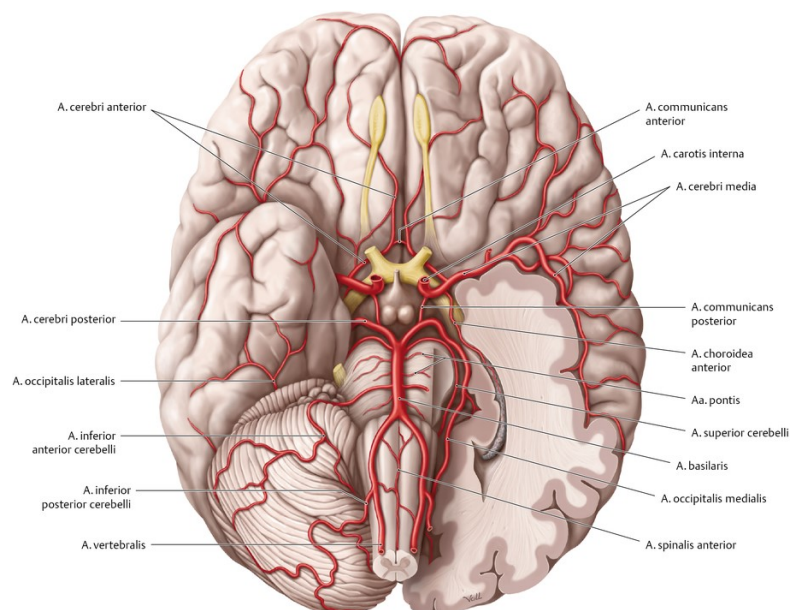
Incidence cévních mozkových příhod v České republice stále roste a exponenciálně se zvyšuje s přibývajícím věkem osob. Podle mechanismu vzniku se cévní mozkové příhody dělí na ischemické a hemoragické. Oba typy přináší následky, které závisí na konečném rozsahu a lokalizaci postižení mozkové tkáně (Kalita 2006).

Cévní mozkové příhody jsou v České republice druhou nejčastější příčinou kardiovaskulárních úmrtí. Výrazně se podílejí na nemocnosti a invalidizaci starší populace a v posledních letech představují 6 % všech úmrtí. Až 40 % osob po CMP umírá do 1 roku od vzniku příhody (Konečný et al., 2015). Následkem iktu vznikají u 40 % pacientů mírné funkční poruchy a u 15 až 30 % osob těžká disabilita. Aby efektivní rehabilitační intervence měla možnost zlepšit proces obnovy funkcí a minimalizovat funkční postižení, měla by být rehabilitace zahájena v co nejkratší době po cévní mozkové příhodě (Duncan, 2005).

1.1.1.2 Klasifikace cévních mozkových příhod

Cévní mozkové příhody se podle mechanismu vzniku dělí na tři typy. V 80 % se vyskytují ischemické cévní mozkové příhody (iCMP), které jsou způsobeny místní nedokrevností mozkové tkáně a vznikají především v karotickém povodí. Hemoragické cévní mozkové příhody vznikají v důsledku porušení stěny mozkové cévy a podle lokalizace krvácení se dělí na intracerebrální hemoragii a subarachnoidální hemoragii (Kalita, 2006).

Obrázek 2: Cévní zásobení mozku (<https://viamedici.thieme.de>)



Ischemické cévní mozkové příhody představují 80 až 85 % všech cévních mozkových příhod. Ischemické cévní mozkové příhody lze dále rozdělit podle lokalizace na ischemie v karotickém povodí (postihující a. carotis interna či její jednotlivé větve, nejčastěji a. cerebri media) a ischemie ve vertebrobasilárním povodí (postihující a. vertebralis, a. basilaris a mozečkové nebo kmenové tepny). Další rozdělení ischemických CMP je možné podle délky trvání příznaků. Ischemické CMP lze rozdělit podle vývoje klinických příznaků na dokončené CMP (s trvalým neurologickým deficitem), progredující CMP (příznaky se pozvolna zhoršují), reverzibilní CMP (příznaky odezní do 2 týdnů) a na tranzitorní CMP, u kterých příznaky odezní do 24 hodin (Kalita, 2006).

Tranzitorní ischemická ataka (TIA) je náhle vzniklý neurologický deficit, jehož krátkodobé příznaky zpravidla vyhasínají do 24 hodin. Je způsobena přechodnou poruchou cévních tkání s následným rozkladem a zvyšuje riziko vzniku ischemické cévní mozkové příhody (Edmans, 2010). TIA je rizikovým faktorem pro vznik ischemického iktu s prakticky stejnými rizikovými faktory.

1.1.1.3 Klinický obraz tranzitorní ischemické ataky

Typická tranzitorní ischemická ataka trvá v karotickém povodí průměrně 8 až 18 minut, ve vertebrobasilárním povodí průměrně 13 až 22 minut. Hlavním znakem TIA je úplná úprava neurologického deficitu do 24 hodin. Vlastní příznaky lze rozdělit na ložiskové a neložiskové (Kalina, 2008). Mezi *ložiskové příznaky* je řazen motorický deficit různého stupně na jedné polovině těla, který může doprovázet dysfagie a ataxie. Dalšími možnými příznaky jsou poruchy řeči, poruchy čítí, zrakové příznaky (tranzitorní retinální deficit, způsobený poruchou perfúze v povodí a. centralis retinae, projevující se monokulární slepotou), vestibulární příznaky (zejména závrať a nauzea) a kognitivní příznaky (neglect syndrom, porucha orientace v prostoru s opomíjením jedné poloviny prostoru či apraxie, porucha provádění složitých činností). *Neložiskové příznaky* zahrnují celkovou slabost, stav alterace vědomí a zmatenost (Kalina, 2008).

Tranzitorní ischemická ataka se během dne může opakovat i několikrát. Přestože neurologická symptomatologie odezní a stav pacienta se spontánně upraví, je třeba brát tranzitorní ischemickou ataku jako varovný signál a provést vyšetření pro možnou prevenci (Pfeiffer, 2007).

1.1.1.4 Klinický obraz cévní mozkové příhody

Cévní mozková příhoda je klinický syndrom, který se na podkladě mozkové ischemie či hemoragie vyznačuje rychlým vznikem ložiskových a celkových příznaků, trvajících déle než 24 hodin. Příznaky cévní mozkové příhody zahrnují poruchy vědomí, poruchy vyšších mozkových funkcí, poruchy hybnosti, somatosenzorické a smyslové poruchy, poruchy rovnováhy a koordinace a další příznaky. V případě intracerebrálního či subarachnoidálního krvácení u hemoragické příhody jsou ložiskové příznaky většinou zánikové. Hemoragická CMP bývá častěji doprovázena kvantitativní poruchou vědomí, bolestí hlavy, nauzeou (pocitem nevolnosti) a zvracením. Odlišení mozkové ischemie a intracerebrální hemoragie pouze podle příznaků je však prakticky nemožné (Kalina, 2008).

1.1.2 Příčiny vzniku CMP

Cévní mozková příhoda je akutním poškozením mozku, způsobeným náhle vzniklou poruchou krevních cév (Feigin, 2007). Akutní cévní mozkové příhody lze rozdělit podle vzniku na ischemické a hemoragické (Kalina, 2008).

Nejčastějšími příčinami vzniku cévních mozkových příhod jsou cévní onemocnění mozku (aterosklerózy mozkových tepen) a cévní změny související s kardiovaskulární hypertenzí. Jako příčina či spolupůsobící faktor mohou působit též srdeční onemocnění. (Švestková et al., 2017)

1.1.2.1 Příčiny ischemických příhod

Ischemické cévní mozkové příhody (iCMP) jsou způsobeny místní nedokrevností mozkové tkáně a vyskytují se přibližně v 89 % všech případů CMP. Mezi příčiny mozkového infarktu se řadí okluze velkých arterií trombem či embólem (a. carotis či a. cerebri media) a srdeční embolie či uzávěr žilního řečiště (Edmans, 2010). Základní příčiny ischemického iktu jsou aterotrombotické, intrakraniální, kardioembolické, low-flow infarkty a neobvyklé ischemie (Kalina, 2008).

Nejčastější příčinou ischemické CMP je ateroskleróza v kombinaci s trombózou či embolizací. Ateroskleróza je běžným fenoménem v populaci nad 60 let a mezi rizikové faktory vzniku ateromatozních plátů patří vyšší věk, mužské pohlaví, hypertenze, kouření, dyslipidémie, diabetes mellitus, srdeční choroby, nízká

fibrinolytická aktivita krve, vysoká aktivita faktoru VII, obezita, malá fyzická aktivita, složení potravy, alkohol, sociální faktory, infekce, stres a rasa (Kalina, 2008).

1.1.2.2 Příčiny hemoragických příhod

Hemoragické cévní mozkové příhody vznikají v důsledku porušení stěny mozkové cévy a následného krvácení do mozkové tkáně nebo do prostoru pod pavučnicí a dají se podle lokalizace rozdělit na intracerebrální krvácení a subarachnoidální krvácení (Feigin, 2007). Intracerebrální krvácení je většinou způsobeno hypertenzními změnami v malých intracerebrálních tepnách, méně často může být způsobeno cévními aneuryzmaty nebo arteriovenózními malformacemi (Edmans, 2010).

Mezi příčiny intracerebrálního krvácení patří například chronická nebo akutní hypertenze (zvýšené hodnoty tlaku), nemoc malých tepen, tepenné výdutě, arteriovenózní vrozené vady, trauma, krvácení do tumoru nebo metastázy, antikoagulační léčba, antiagregační léčba, trombolytická léčba, leukémie a trombocytopenie, alkohol, amfetaminy, kokain a taneční drogy (Kalina, 2008).

Predilekční místo krvácení (nejčastější, až 80 % případů) je do oblasti capsula interna a putamen. Krvácení do capsula interna bývá často sdruženo s krvácením v oblasti pontu. Při krvácení dochází ke zvětšení mozkové hemisféry a přetlaku v dutině lebeční, který zamezuje odtok krve a likvoru. V dalších případech může nastat krvácení do bílé hmoty mozkových hemisfér či krvácení do mozečku. Závažnou příhodou je krvácení do mozkového kmene (Kalina, 2008).

1.1.3 Rizikové faktory CMP

Většina cévních mozkových příhod vzniká jako následek kombinace medicínských příčin a návykových příčin. Některé rizikové faktory mohou být regulovány či eliminovány, jiné faktory ovlivnit nelze (Feigin, 2007). Rizikové faktory se proto rozdělují na dvě hlavní skupiny, faktory ovlivnitelné a neovlivnitelné.

Neovlivnitelné rizikové faktory ischemické cévní mozkové příhody zahrnují věk, pohlaví, genetické dispozice a rasové skupiny. Nejvýznamnějším rizikovým faktorem je věk. U osob nad 55 let se riziko CMP zvyšuje více než dvojnásobně v každé následné dekádě (Kalita, 2006).

Ovlivnitelné rizikové faktory mohou být regulovány léčebnými prostředky nebo změnou životního stylu (Feigin, 2007). Mezi tyto faktory patří arteriální hypertenze,

onemocnění srdce, diabetes mellitus, hypercholesterolemie, patologické změny cév, tranzitorní ischemická ataka, kouření, alkohol, návykové látky, obezita, diety a stres, zánětlivé faktory a další onemocnění (Kalita, 2006).

1.1.3.1 Hypertenze

Za arteriální hypertenzi jsou označovány opakované vysoké hodnoty tlaku krve 140/90 mm Hg a vyšší. Arteriální hypertenze má častý výskyt v populaci dospělých osob (prevalence se udává v 20 až 50 %) a je nejvýznamnějším rizikovým faktorem ischemického iktu. Léčba hypertenze snižuje výskyt CMP (přibližně o 42 %) a cerebrovaskulární mortalitu. Krevní tlak u nemocných s hypertenzí lze ovlivnit změnou životního stylu zvýšením fyzické aktivity, snížením konzumace alkoholu a změnou dietních návyků (Kalita, 2006).

1.1.3.2 Onemocnění srdce

Mezi rizikové faktory vzniku cévní mozkové příhody řadíme i kardiologická onemocnění, jako jsou například fibrilace síní, onemocnění chlopní, hypertrofie levé síně a komory, otevřené foramen ovale, aneurysma síňového septa a další. Významným rizikovým faktorem CMP je ischemická choroba srdeční (ICHS) s hypertrofií levé srdeční komory a infarkt myokardu (Kalita, 2006).

1.1.3.3 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus (DM) je rizikovým faktorem mnoha vaskulárních a kardiovaskulárních onemocnění. Při nevhodné kompenzaci chronické hyperglykémie se zvyšuje riziko vzniku CMP především u osob ve věku do 55 let. Výskyt kardiovaskulárních příhod je přímo úměrný zvyšujícím se hodnotám glykémie (Kalita, 2006).

1.1.3.4 Lipidy

Vysokým rizikovým faktorem předčasné manifestace aterosklerózy jsou poruchy lipidového metabolismu, především zvýšená hladina LDL cholesterolu (doprovázená sníženou hladinou HDL cholesterolu). Hypercholesterolemie a hypertriacylglycerolemie zvyšují riziko vzniku kardiovaskulárních příhod i cévních mozkových příhod (Kalita, 2006).

1.1.3.5 Asymptomatická karotická stenóza

Významným rizikem vzniku CMP je aterosklerotické poškození cév, především karotid. Hlavním faktorem stejnostranného iktu je trombóza, doprovázená rupturou aterosklerotického plátu nebo zúžením krční tepny o 60 až 70 % (Kalita, 2006).

1.1.3.6 Ostatní rizikové faktory

Mezi další rizikové faktory ischemické cévní mozkové příhody lze zařadit kouření cigaret, naopak zvýšená konzumace alkoholu může zvyšovat riziko hemoragické cévní mozkové příhody v důsledku hypertenze a koagulačních poruch. Mezi další rizika patří abúzus návykových látek. Ve vztahu k iktu je často uváděn kokain, heroin, amfetamin, LSD, marihuana a další návykové látky (Kalita, 2006).

Oblastí, která výrazně ovlivňuje vznik CMP je životní styl. S vysokým krevním tlakem, hyperglykemií a zvýšenou hladinou lipidů je asociována obezita (Kalita, 2006). Obezita je definována jako syndrom charakterizovaný nadměrnou kumulací energetických zásob formou tělesného tuku a projevem dlouhodobé pozitivní bilance energie. Obezitu lze rozdělit na primární formu, vzniklou působením genetických, psychických a sociálních vlivů, a sekundární, objevující se pouze ve 3 až 5 % případů, doprovázející jiná endokrinní onemocnění (Vokurka, 2012). Mezi další rizikové faktory patří též fyzická nečinnost, nevhodné diety a emoční stres. K ostatním můžeme řadit i užívání orální antikoncepce, migrény, hemostatické a zánětlivé faktory, deprese, vícečetné rizikové faktory a faktory pro opakování ischemického iktu (Kalita, 2006).

1.1.4 Následky CMP

„Příznaky CMP závisejí na lokalizaci ischemie nebo krvácení, rozsahu poškození a existenci kolaterálního cévního zásobení“ (Švestková et al., 2017). Nejčastějším příznakem cévní mozkové příhody je hemiparéza či hemiplegie (díleční nebo úplná ztráta hybnosti) kontralaterální strany těla k mozkové hemisféře. Výraznější poškození než na dolní končetině bývá pozorováno na horní končetině. Náhle či postupně vznikající hemiparéza bývá doprovázena poruchou vědomí. Současně s hemiparézou mohou být poškozeny další funkce, dochází například k poruchám řeči. Nejčastějším typem této poruchy je afázie, způsobená poškozením řečových center v dominantní hemisféře. Dalším typem je dysartrie, způsobená následkem ochrnutí svalů v oblasti mluvidel. Velice častá je snížená citlivost (hemihypestézie) na postižené straně těla a poruchy

kognitivních funkcí. Následkem poškození mozkové kůry vznikají poruchy poznávání (agnosie) či provádění složitých činností, apraxie (Švestková et al., 2017). „*Apraxie je ztráta schopnosti vykonávat koordinované, účelné i naučené pohyby při neporušené hybnosti.*“ Může se vyskytovat v několika typech. *Motorická apraxie* se projevuje neúčelnými souhyby končetin a obtížnou realizací při zachovaném plánu pohybu, například při špatném zapínání knoflíků. *Konstrukční apraxie* se projevuje poruchou prostorového vnímání. Nejčastějším typem je *ideomotorická apraxie*, u které chybí plán pohybu. Naopak vzácnější ideativní apraxie vede k úplné nesoběstačnosti z důvodu narušení plánu i iniciace pohybu. Dále se u pacientů po CMP může projevit řečová apraxie, která zamezuje volným artikulačním projevům a do jejích projevů patří např. přerýkávání, záměny, vynechávání a opakování hlásek ve slovech (Vanbellingen et al., 2010).

Mezi časté následné komplikace iktu lze zařadit poruchy kognitivních funkcí, zmatenost, poruchy polykání, zrakové poruchy, poruchy koordinace při stání, sezení a chůzi (ataxie), problémy s orientací, poruchy nálady včetně deprese, bolest ramenního kloubu, epileptické záchvaty, bolesti hlavy, proleženiny, neschopnost kontroly močového měchýře a tlustého střeva, infekce, hluboká žilní trombóza a další (Feigin, 2004).

1.1.4.1 Poruchy vědomí

Vědomí jedince lze definovat jako schopnost vnímat okolí i sebe sama a adekvátně reagovat na vnitřní i vnější podněty. Poruchy vědomí lze rozdělit na kvantitativní poruchy (somnolence, sopor, kóma) a kvalitativní poruchy (zmatenost až delirium). K hodnocení stavu vědomí byla v roce 1974 navržena škála poruch vědomí Glasgow Coma Scale (GSC), hodnotící kvantitativní poruchy vědomí (Kalina, 2008).

Tabulka 3: Glasgow Coma Scale (Pfeiffer, 2007)

Glasgow Coma Scale (GCS)

hodnocená kvalita	stupeň reakce	počet bodů
otevření očí	spontánní	4
	na oslovení	3
	na bolest	2
	žádná	1
motorická odpověď	vyhoví příkazu	6
	cílený pohyb	5
	úniková reakce	4
	abnormální flexe	3
	extenze	2
	žádná	1
slovní odpověď	přiměřená	5
	zmatená	4
	náhodná slova	3
	nesrozumitelné zvuky	2
	žádná	1

Glasgow Coma Scale hodnotí stupnicí bodů otevírání očí a motorickou a slovní odpověď na nociceptivní (bolestivý) podnět. Nejnižší dosažený výsledek 3 bodů odpovídá hlubokému kómatu, naopak nejvyšší počet 15 bodů odpovídá plnému vědomí, otevírání očí a přiměřené motorické i slovní odpovědi (Pfeiffer, 2007).

Kvantitativní porucha vědomí obvykle doprovází masivní intracerebrální nebo subarachnoidální krvácení a je typická svým náhlým vznikem. Specifickou poruchou vědomí je abulie až akinetický mutismus. U nemocného v tomto případě nedochází k interakci s okolím. Hlubší poruchou je permanentní vegetativní stav, který je následkem intrakraniálních hemoragií a dochází při něm k úplné ztrátě kognitivních funkcí (Kalina, 2008).

1.1.4.2 Poruchy vyšších mozkových funkcí

Kognitivní (poznávací) funkce umožňují zpracování informací, proces učení a naučeného zobecňování na základě vnímání, organizace a asimilace. Lze je rozdělit na základní kognitivní funkce, mezi které patří například vnímání, pozornost, paměť a orientace; vyšší kognitivní funkce, které jsou výsledkem komplexních a dynamických interakcí mezi mozkovými strukturami a zahrnují myšlení a exekutivní funkce;

a metakognitivní schopnosti související s poznáváním a zahrnující přemýšlení a uvažování o vlastních myšlenkových procesech. Kognitivní funkce jsou podmíněné určitou úrovní vědomí a senzomotorického systému a zahrnují získání informací, jejich zpracování a využití. (Křivošíková, 2011)

Neuropsychologické protokoly by měly být citlivé na širokou škálu schopností, zejména při hodnocení výkonných a pozorovacích funkcí. Specifické oblasti, které by měly být zahrnuty do hodnocení, zahrnují psychomotorické tempo, jednoduchou pozornost a komplexní pozornost ("pracovní paměť"), receptivní, expresivní a opakuje se jazykové schopnosti, hodnocení praxe (provádění kvalifikovaných akcí, jako je použití nástroje), percepční a konstrukční vizuálně-prostorové schopnosti a paměť, včetně jazykové paměti. Dále zahrnují vizuální prostorovou paměť a výkonné fungování, včetně povědomí o silných a slabých stránkách, organizaci a prioritizaci úkolů, údržbě a přepínání úloh, uvažování a řešení problémů, porozumění chybám a posouzení bezpečnosti a emoční regulace (Winstein et al, 2016).

Poruchy kognitivních funkcí zahrnují poruchy pozornosti a koncentrace, poruchy krátkodobé a dlouhodobé paměti, poruchy fatických funkcí (poruchy porozumění a tvorby řeči), vizuálně-prostorové poruchy a apraxii (Kalina, 2008).

1.1.4.3 Poruchy hybnosti

Poruchy hybnosti se řadí mezi typický projev CMP, který je výrazně vnímán pacientem i jeho okolím. Motorické poruchy jsou způsobeny lézí tractus corticospinalis obsahujícího vlákna z primární motorické a premotorické mozkové kůry. (Kalina, 2008). Rozsah poškození kortikospinálního systému předvídá motorické důsledky. Ke kvantifikaci funkčních důsledků motorických poruch se využívá například hodnocení funkce horních končetin, rovnováhy a mobility. (Winstein et al, 2016).

Nejčastější typ ischemie nastává v karotickém povodí a manifestuje se kontralaterální poruchou hybnosti, převažující na horní končetině a v oblasti mimického svalstva. Často je doprovázena kontralaterální poruchou čítí a kontralaterální poruchou zorného pole (homonymní hemianopsie). Typický je spastický vzorec, znázorněný depresí, abdukci a vnitřní rotací ramenního kloubu a flexí v loketním kloubu, spojenou s pronací předloktí, flexí ruky a prstů. Na dolní končetině se projevuje vnitřní rotací, extenzí v kyčelním kloubu a kolenním kloubu, inverzí a plantární flexí nohy a cirkumdukci dolní končetiny při chůzi (Kolář, 2012). Spastický syndrom se projevuje zvýšením svalového tonu (napětí), charakteristickou odpovědí na pasivní protažení

postižených svalových skupin, zvýšenou odpovědí šlachových a okosticových reflexů, přítomností iritačních jevů a někdy přítomností záškubů rytmickým střídáním stahu a uvolnění svalu vznikajících při jeho natažení (Kaňovský, Bareš et Dufek, 2004). Při hemiparézách následkem CMP nebo po traumatickém poranění mozku (TBI) mohou pasivní a aktivní kontrakce antagonistů způsobit snížení aktivní hybnosti, poruchu funkce a abnormální polohy končetin (Gracies et al, 2018).

Častou obtíží v akutní fázi CMP je dysfagie (porucha polykání), ukazující na zvýšené riziko aspirace (Kalina, 2008). Dysfagie postihuje 42 až 67 % pacientů během 3 dnů po CMP. Téměř u poloviny těchto pacientů dochází k aspiraci (vdechnutí). Dysfagie a aspirace mohou vést k pneumonii, podvýživě, dehydratacím, úbytku hmotnosti a celkovému snížení kvality života. Aspirace může být tichá nebo okultní. Včasná identifikace prostřednictvím screeningu může snížit riziko vzniku těchto nepříznivých zdravotních důsledků (Winstein et al, 2016).

1.1.4.4 Somatosenzorické poruchy

Cévní mozková příhoda může mít za následek různé typy senzorických poruch, jako je ztráta zraku, čítí, propriocepce, sluchu a dalších senzorických funkcí. Různé formy senzorického deficitu jsou obvykle pozorovány i u cévní mozkové příhody. Somatosenzorický deficit je přítomen u 45 až 80 % pacientů a ztráta zorného pole se vyskytuje přibližně u 30 % pacientů (Winstein et al, 2016).

Somatosenzorické poruchy zahrnují poruchy propriocepce a povrchového čítí. Nejčastěji se vyskytuje hypestezie (snížení citlivosti) či parestezie, projevující se například jako brnění, mravenčení (Kalina, 2008). Somatosenzorické poruchy zahrnují taktilní čítí (hmat), algické čítí (bolest), termické čítí (teplota), tlak, vibrace, propriopecii, stereognózi a graphestézii. V intervalu několika měsíců vykazují pacienti po CMP významné variabilní somatosenzorické zotavení (Winstein et al, 2016).

1.1.4.5 Zrakové poruchy

Nejčastějším problémem zhoršení zraku následkem CMP je ztráta zorného pole, která postihuje 30 % pacientů. Zrakové poruchy ovlivňují mnoho oblastí, kvalitu života, motivaci a sociální chování. Po CMP dochází k určitému stupni spontánní obnovy vizuálních funkcí, návratnost se však pohybuje od 7 do 85 % a stupeň zotavení je variabilní. Spontánní obnova vizuálních funkcí nastává v prvních dnech po CMP přibližně do doby prvních 3 měsíců. Následkem CMP se mohou projevit další četné

poruchy zraku, jako jsou abnormální pohyby očí, snížená ostrost zraku, diplopie, zhoršená barevná viditelnost, potíže s četbou a deficity ve vizuálním zpracování vyšších okruhů (Winstein et al, 2016).

Zrakové poruchy zahrnují přechodné ztráty vidění na jedno oko a bývají způsobené poruchou perfúze v povodí a. ophthalmica nebo a. centralis retinae. Důsledkem může být ischemie a přechodná ztráta funkce sítnice. U vaskulárních lézí mají častý výskyt homonymní hemianopie, postihující zevní třetinu kontralaterálního zorného pole. Postižení asociačních zrakových oblastí ventrálních částí okcipitálního laloku může způsobit zrakovou agnosii, při které pacient ztrácí schopnost rozeznání objektů zrakem. Vzácným stavem je prosopagnosie, která znemožňuje pacientovi rozpoznávat obličeje (Kalina, 2008).

1.1.4.6 Poruchy rovnováhy

Poruchy rovnováhy jsou pocitem nestability chůze, stoje či sedu. Hlavní příčinou je pohybová dyskoordinace v důsledku postižení mozečku nebo drah mozečku. Častým příznakem CMP je centrální vestibulární syndrom, který se projevuje pocitem nejistoty nebo nestability až po silné závratě s nauzeou a zvracením (Kalina, 2008).

V populaci dospělých existují výzkumy o epidemiologii, rizikových faktorech a vývoji programů k prevenci pádů, z nichž část se zabývá pády u osob po cévní mozkové příhodě. Téměř u 70 % osob po cévní mozkové příhodě se zvyšuje riziko pádů během prvních 6 měsíců po propuštění z nemocnice nebo rehabilitačního zařízení. Jedinci jsou vystaveni riziku opakovaných pádů s následnými fyzickými, psychologickými a sociálními důsledky. Zhoršení rovnováhy, chůze, motorické kontroly, vnímání a zraku přispívají ke zvýšenému strachu z pádu. Studie ukazují, že 30 až 80 % jedinců s mozkovou příhodou hlásí různé úrovně strachu spojené s pádem a pohyblivostí. Strach z pádu může vést ke snížené hladině fyzické aktivity a dekonkci, což způsobuje kaskádu, která může mít za následek větší pokles fyzické aktivity, snížení ADL, ztrátu nezávislosti, sociální izolaci a depresi (Winstein et al, 2016).

1.1.4.7 Další příznaky

Dalšími příznaky akutní CMP bývá úzkost až panický stav, zvracení, bolest hlavy, škytavka či epileptické záchvaty. Epileptické záchvaty doprovází CMP u 1 až 2 % pacientů, častěji u intracerebrálních a subarachnoidálních krvácení (Kalina, 2008).

1.1.5 Soběstačnost pacientů po CMP

Jedním z největších problémů po cévní mozkové příhodě je ztráta soběstačnosti v běžných denních činnostech (ADL), která může být způsobena mnoha příčinami. Soběstačnost se v konceptu všedních denních činností dělí do dvou kategorií na personální a instrumentální ADL (Krivošíková, 2011).

1.1.5.1 Personální ADL

Personální všední denní činnosti (pADL) se řadí mezi základní činnosti, které odpovídají biologickým potřebám člověka (Krivošíková, 2011). Zahrnují každodenní činnosti, jako je příjem jídla a tekutin (příprava, uspořádání a přenos jídla či tekutiny k ústům a polykání), koupání (namydlení, opláchnutí a osušení, poloha při koupání či sprchování), osobní hygiena (omytí obličeje, čištění zubů, holení, make-up, umytí a vysušení vlasů, česání, stříhání nehtů atd.), oblékání (výběr oblečení a doplňků, oblékání a svlékání, zapnutí a upravení oblečení a obuvi, navlékání a svlékání ortéz a osobních pomůcek), použití toalety (manipulace s oblečením, poloha těla, očištění, zvládání péče během menstruace a potřeb souvisejících s inkontinencí), ovládání močení a vyprazdňování stolice (vědomá kontrola, použití pomůcek) a péče o osobní pomůcky či prostředky (Jelínková, Krivošíková et Šajtarová, 2009).

1.1.5.2 Instrumentální ADL

Instrumentální všední denní činnosti (iADL) zahrnují složitější aktivity a úkony, které osoba provádí v domácím prostředí, ale i v širším prostředí komunity (Krivošíková, 2011). Tyto činnosti vyžadují dostatečnou míru sociálních a komunikačních dovedností, interakci s prostředím, manipulaci s předměty a schopnost řešit problémy. Patří mezi ně vedení a údržba domácnosti (opatření a údržba vybavení domácnosti, úklid a příprava jídla), hospodaření s penězi (nakládání s finančními prostředky), mobilita v komunitě (používání veřejných dopravních prostředků, řízení automobilu), péče o druhé (péče o děti, o další osoby, o zvířata) a péče o vlastní zdraví (Jelínková, Krivošíková et Šajtarová, 2009).

1.2 LÉČBA CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD

1.2.1 Prevence

1.2.1.1 Primární prevence

Prevence cerebrovaskulárních onemocnění zahrnuje režimová a léčebná opatření k eliminaci vaskulárních rizikových faktorů, specifické medikamentózní postupy (antitrombotickou terapii) a zajištění dostatečné informovanosti veřejnosti o příznacích CMP pro zajištění první pomoci při rozeznání příznaků (Škoda, 2016).

Zásadním principem primární prevence CMP je změna nevhodného životního stylu a návyků (ovlivnění stravovacích návyků, boj proti kouření, nadměrné konzumaci alkoholu, podpora zvýšení fyzických aktivit). Regulací či eliminací rizikových faktorů lze předejít až 85 % CMP (Feigin, 2007). Rozhodující roli zde má vzdělávání obyvatelstva (zdravotní výchova, tisk, televize, vzdělávací letáky, konzultace s lékařem a další). Nedílnou součástí primární prevence je včasné zjištění a správná léčba všech tzv. rizikových onemocnění (hypertenze, srdeční onemocnění a poruchy srdečního rytmu, diabetes mellitus, poruchy lipidového metabolismu a další).

1.2.1.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence je zaměřena na včasné zjištění již existujícího onemocnění a má zabránit rozvoji choroby a určit diagnózu ještě v době, kdy je onemocnění ve vyléčitelném stadiu. U CMP je vzhledem k závažnosti včasné a správné rozpoznání druhu a stádia poškození velmi důležitým aspektem, který rozhoduje o životě pacienta či o jeho kvalitě v budoucnu. Lékař spolu s ošetřujícím personálem musí zvládnout v co nejkratším čase správně diagnostikovat pacienta a ihned začít s adekvátní a účinnou léčbou. Základní vyšetřovací metodou je výpočetní tomografie (CT) nebo magnetická nukleární rezonance (MRI), které rozliší, zda jde o ischemickou CMP či hemoragickou CMP. V obou případech je zcela odlišná léčba.

Do komplexní péče o pacienty po CMP se dle Amblera a Polívky (2001) řadí akutní přijetí pacienta, monitorace a stabilizace základních vitálních funkcí, vytvoření anamnézy (základní vyšetření), akutní diagnostika (laboratorní, radiodiagnostická, elektrokardiografická a ultrazvuková vyšetření), akutní léčba CMP (rekanalizace cévní okluze), rehabilitace, zajištění výživy, diagnostika a zajištění sekundární prevence, spolupráce s rodinnými příslušníky, zajištění sociálních služeb a poradenství.

Organizace The National Stroke Strategy for England (Department of Health, 2007) vymezila stručný návod pro diagnostikování cévní mozkové příhody. Systém FAST byl vyvinut skupinou lékařů a personálu záchranné služby v roce 1998 jako nástroj pro identifikaci CMP. Systém FAST byl vytvořen po přezkoumání stávajících severoamerických nástrojů pro identifikaci mozkových příhod pro urychlení podávání intravenózního tkáňového aktivátoru plazminogenu pacientům do 3 hodin od nástupu příznaků akutní CMP (Harbison et al., 2003). FAST je snadný způsob, jak si zapamatovat a identifikovat nejčastější příznaky mrtvice. Rozpoznání cévní mozkové příhody a zavolání záchranné služby určí, jak rychle pacient obdrží pomoc a léčbu. Včasné přijetí do nemocnice zvyšuje kvalitu poskytnutí zdravotních služeb. Návod slouží k vyšetření schopnosti úsměvu, zvednutí horních končetin a řeči. Osobám s některým z těchto příznaků by měla být v co nejbližší době zajištěna lékařská pomoc. Zkratka FAST reprezentuje hlavní příznaky CMP, mezi které patří slabost mimických svalů (facial weakness), neschopnost zcela zvednout jednu paži (arm weakness), neschopnost porozumění či poruchy řeči (speech problems) a čas (time) zavolat pomoc (Warlow et al., 2008).

Někdy se mohou objevit i jiné příznaky, zvláště či v kombinaci s FAST příznaky. Patří mezi ně náhlá zmatenost, potíže s mluvením nebo porozuměním řeči, náhlá slabost tváře či končetin (zvláště na jedné straně těla), náhlé potíže při pohledu do jednoho nebo obou očí, náhlé problémy s chůzí, závratě, ztráta rovnováhy nebo koordinace a náhlá těžká bolest hlavy bez známé příčiny (Harbison et al., 2003).

Pacienti po CMP nebo TIA jsou vystaveni vysokému riziku recidivující mrtvice, infarktu myokardu a úmrtí z vaskulárních příčin. Opakované příhody vedou k úmrtnosti nebo invaliditě a k většímu kognitivnímu deficitu. Cílem sekundární prevence je snížit následná rizika nejen cévní mozkové příhody, ale i dalších cévních příhod. Prevence by měla být zahájena okamžitě po prodělané CMP. Doporučení pro pacienty se týkají životního stylu včetně abstinence kouření, pravidelného cvičení, zdravého stravování se sníženým příjmem soli a konzumace alkoholu. U většiny pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou nebo tranzitorní ischemickou atakou lze kontrolovat rizikové faktory, včetně snížení krevního tlaku pod 140/90 mm Hg a LDL cholesterolu pod 1 g/l během protinádorové nebo perorální antikoagulační léčby. Navzdory pokrokům v akutní léčbě CMP zůstává primární a sekundární prevence nejlepším přístupem ke snížení zátěže (Isabel et al., 2016).

1.2.2 Léčebné přístupy

1.2.2.1 Diagnostické metody

Při diagnostice akutní CMP má v dnešní době hlavní roli *počítačová tomografie (CT)*. Pomocí této metody lze provádět nativní CT vyšetření, perfúzní CT a CT angiografie. Nativní CT vyšetření velice spolehlivě zobrazuje mozkovou hemoragii, nález ischemie je však v prvních 6 až hodinách po vzniku v 50 % negativní. Perfúzní CT udává průtok krve mozkem v ml/min. Hodnocení průtoku krve je umožněno sledováním průchodu jodované kontrastní látky cévními strukturami mozku. Průchodnost krevního řečiště je zobrazována v jednotlivých vrstvách mozku. Porucha perfúze lze spolehlivě posoudit v porovnání s druhou hemisférou, u středových struktur je hodnocení méně spolehlivé. Pro diagnostiku intrakraniálních cévních abnormalit se využívá CT angiografie. Tato metoda zobrazuje cévy naplněné kontrastní látkou. CT angiografie je často indikována pro ověření uzávěru některé mozkové tepny či vnitřní karotidy po zobrazení nativním CT i perfúzním CT (Kalina, 2008).

Velice významnou roli v detekci mozkové ischemie má i *magnetická rezonance (MR)*. K vyšetření intrakraniálního krevního oběhu lze využít pouze nativní vyšetření. Jako kontrastní látka se u MR využívají látky, které se aplikují intravenózně a dokáží ovlivnit čas potřebný k relaxaci spinů protonů. Hlavní kontraindikací zobrazovacích metod pomocí magnetické rezonance je kardiostimulátor a jiná elektronická zařízení, kochleární implantáty, větší kloubní náhrady a svorky po ortopedických a chirurgických operacích (Kalita, 2006).

Velký význam v diagnostice u akutních CMP má *Digitální subtrakční angiografie (DSA)*. Využívá se u případů, kde je uvažováno o možnosti intraarteriální rekanalizace a při diagnostice a endovaskulární léčbě chronických onemocnění cév. Indikací pro akutní diagnostickou angiografii je náhle vzniklá CMP bez známek krvácení a ischemických změn v prvních hodinách po jejím vzniku. Neakutní angiografické vyšetření je doplněno před chirurgickým nebo invazivním zákrokem při předpokladu stenózy (zúžení) mozkové tepny. Cílem je lokalizace místa stenózy nebo uzávěru cévy a jejich zhodnocení (Kalina, 2008).

Mezi další, doplňující diagnostické metody a vyšetření patří měření krevního tlaku, měření saturace kyslíku, neurologické vyšetření, laboratorní vyšetření, EKG vyšetření a ultrazvukové vyšetření extrakraniálních a intrakraniálních tepen. V případě

pacientů s možnou indikací k trombolýze musí být všechna vyšetření provedena do 60 minut po příjezdu pacienta do nemocnice. Další vyšetření lze provádět v průběhu hospitalizace pacienta. Vyšetření slouží k upřesnění etiologie CMP a zahrnují interní akardiologická vyšetření, speciální sonografické vyšetření, vyšetření mozkových cév pomocí CT angiografie, MR angiografie či DSA, transtorakální a transezofageální echokardiografii, Holterovo monitorování EKG a tlaku krve, speciální laboratorní a genetická vyšetření, EEG a další vyšetření (Škoda, 2016).

1.2.2.2 Léčba CMP

Pro možnost léčby CMP je třeba určit typ cévní mozkové příhody. Diagnostika se provádí vstupním vyšetřením CT mozku s klinickým neurologickým a interním vyšetřením, která vyloučí krvácení do mozkové tkáně. Je třeba zajistit životně důležité funkce pacienta a dostatečný přívod kyslíku, k čemuž se v praxi využívá oxygenoterapie (terapie kyslíkem) v prostředí se zvýšeným tlakem. V případě ischemických CMP, způsobených embolem, se k obnově průtoku krve v cévách využívá trombolýza. Cílem trombolýzy je rozpuštění embolu pomocí rekombinantního tkáňového aktivátoru plazminogenu (rtPA) a rekanalizace cévy. Lék je podáván intravenózně či invazivní radiologickou angiologií s nižší aplikací trombololytika. Další možností rekanalizace je mikrochirurgická aplikace „stentu“ (vložky) pro otevření průtoku cévy či přemostění cévy. Mechanismus hemokoagulace lze přímo ovlivnit antitrombotickou terapií pomocí kyseliny acetylsalicylové a podáváním nízkomolekulárních heparinů. U ischemických i hemoragických CMP se dále využívá neuroprotektivní terapie, pomáhající normální činnosti neuronů. (Kalina, 2008).

V případě hemoragických cévních mozkových příhod se využívají antiedematózní léky a neurochirurgické zákroky k odstranění tekutiny, unikající z cévního řečiště (Pfeiffer, 2007).

1.2.3 Organizace léčby u pacientů

Léčba pacientů po cévní mozkové příhodě je interprofesní problematikou, která propojuje spolupráci internisty (kardiologa) s oborem rehabilitace, logopedie, psychologie a radiodiagnostiky s návazností na léčbu neurochirurgickou, angiochirurgickou či endovaskulární. *„Součástí akutní péče je včasná diagnostika a léčba všech komplikací, které ohrožují nemocného zejména v prvních 24-48 hodinách*

a léčba všech doprovodných onemocnění, která jsou často rizikovými faktory iktu.“
(Kalita, 2006)

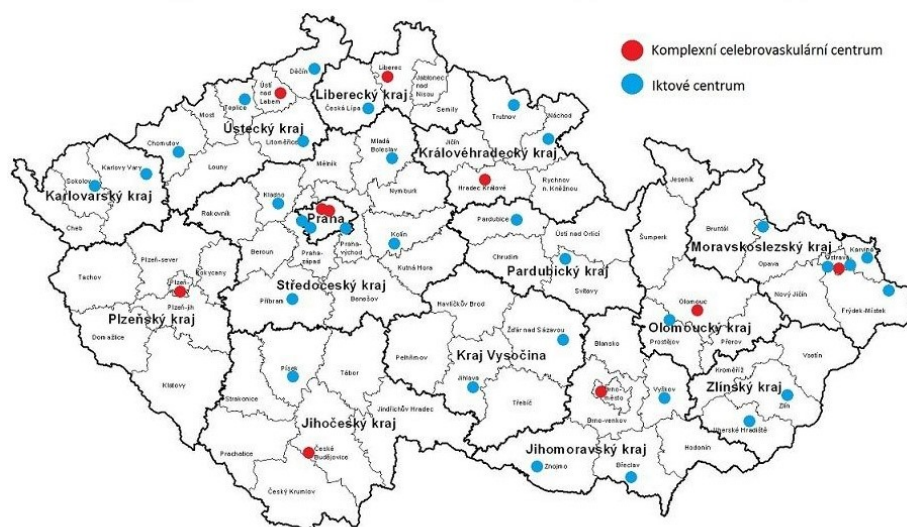
Helsingborská deklarace a její slogan „*Stroke Unit for all*“, publikovaná v roce 1995, měla za cíl zlepšit management cévní mozkové příhody v evropských zemích prostřednictvím jednotnější dostupnosti stávajících standardů léčby o všechny pacienty po CMP bez ohledu na věk, pohlaví nebo závažnost CMP. Cílem deklarace bylo snížit úmrtnost pacientů pod 20 % a dosáhnout nezávislosti více než 70 % pacientů během 3 měsíců. V roce 2006 se konalo druhé vydání konsensuální konference v Helsingborgu. Spolu s regionálním úřadem WHO pro Evropu druhá deklarace z Helsingborgu stanovila novými cíli pro management CMP "kontinuitu léčby od organizovaných iktových jednotek v akutní fázi po vhodná rehabilitační a sekundární preventivní opatření". Specifickým cílem pro rok 2015 bylo stanovení přežití prvního měsíce po CMP více než 85 % pacientů (zvýšení o 5 % oproti roku 2005), získání nezávislosti 70 % pacientů během 3 měsíců (podobný cíli z roku 2005) a převezení všech pacientů v akutní fázi CMP do nemocnic s dostatečnou kapacitou a odborným personálem (Arnao et al., 2016).

Evropská iktová organizace (ESO) definuje primární iktová centra (PSC) jako instituce s personální obsazeností, infrastrukturou, odbornými znalostmi a programy, které poskytují vhodnou diagnózu a léčbu pro většinu pacientů s mozkovou příhodou na základě současných doporučených kritérií cévních mozkových příhod. Komplexní iktová centra (CSC) jsou definována jako střediska poskytující vhodnou diagnostiku, léčbu pacientů v akutní fázi CMP a rovněž špičkovou lékařskou a chirurgickou péči včetně nejmodernějších diagnostických a rehabilitačních metod, specializovaných testů, automatického monitorování více fyziologických parametrů, intervenční radiologie, cévní chirurgie i neurochirurgie (Arnao et al., 2016).

V České republice je vytvořena síť specializovaných center pro pacienty v akutní fázi CMP, legislativně zakotvená od roku 2010. Věstník MZ ČR č. 2/2010 ustanovil síť komplexních cerebrovaskulárních center a iktových center. O dva roky později ve Věstníku č. 10/2012 byly rozděleny spádové oblasti jednotlivých center a definovány ukazatele kvality a výkonnosti komplexních cerebrovaskulárních center a iktových center. V roce 2015 byla Ministerstvem zdravotnictví ČR (MZ ČR) vyhlášena ve Věstníku č. 4/2015 nová výzva k akreditaci Center vysoce specializované cerebrovaskulární péče (CVSCP) a Center vysoce specializované péče o pacienty s iktem (CVSPPI). V současné době je akreditováno celkem 45 vysoce

specializovaných center v celé ČR (13 cerebrovaskulárních a 32 iktových). Hospitalizace pacientů v akutní fázi CMP na iktových jednotkách snižuje mortalitu a morbiditu oproti hospitalizaci na standardních lůžkách. Cílem je proto hospitalizovat co nejvíce pacientů na specializovaných iktových jednotkách v rámci center vysoce specializované péče o pacienta s iktem a center vysoce specializované cerebrovaskulární péče (Škoda, 2016).

Obrázek 3: Seznam komplexních cerebrovaskulárních center a iktových center ČR



Tabulka 4: Centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče (MZ ČR)

Výzva uveřejněna ve Věstníku MZ ČR č. 4/2015 Seznam center uveřejněn ve Věstníku MZ č.11/2015	Statut CVSP udělen do:
Nemocnice České Budějovice, a.s., Boženy Němcové 585/54, 370 01 České Budějovice, IČO: 26068877	31. 12. 2020
Fakultní nemocnice Brno, Jihlavská 340/20, 625 00 Brno, IČO: 65269705	31. 12. 2020
Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, Pekařská 664/53, 656 91 Brno, IČO: 00159816	31. 12. 2020
Fakultní nemocnice Plzeň, se sídlem Edvarda Beneše 1128/13, 305 99 Plzeň, IČO: 00669806	31. 12. 2020
Fakultní nemocnice Hradec Králové, Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové, IČO: 00179906	31. 12. 2020
Fakultní nemocnice v Motole, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ 00064203	31. 12. 2020
Fakultní nemocnice Olomouc, I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc, IČO: 00098892	31. 12. 2020
Fakultní nemocnice Ostrava, 17. Listopadu 1790, 708 52 Ostrava - Poruba IČO: 00843989	31. 12. 2020
Krajská nemocnice Liberec, a.s., Husova 357/10, 460 63 Liberec, IČO: 27283933	31. 12. 2020
Krajská zdravotní, a.s. - Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z, Sociální péče 3316/12A, 401 13, Ústí nad Labem, IČO: 25488627	31. 12. 2020
Nemocnice Na Homolce, Roentgenova 37/2, 150 00 Praha 5, IČO:00023884	31. 12. 2020
Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice, U vojenské nemocnice 1200, 169 02 Praha 6, IČO: 61383082	31. 12. 2020
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Šrobárova 1150/50, 100 34 Praha 10 IČO: 00064173	31. 12. 2020

Tabulka 5: Centra vysoce specializované péče o pacienty s iktem (MZ ČR)

Výzva uveřejněna ve Věstníku MZ ČR č.4/2015 Seznam center uveřejněn ve Věstníku MZ č. 11/2015	Statut CVSP udělen do:
Nemocnice Blansko	31. 12. 2020
Nemocnice Břeclav, p. o.	31. 12. 2020
Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a.s.	31. 12. 2020
Krajská zdravotní, a.s. - Nemocnice Děčín, o. z., U Nemocnice 1, 405 99 Děčín, IČO: 25488627	31. 12. 2020
Krajská zdravotní, a.s. - Nemocnice Chomutov, o. z., Kochova 1185, 430 12 Chomutov, IČO: 25488627	31. 12. 2020
Nemocnice Jihlava, příspěvková nemocnice, Vrchlického 4630/59, 586 33 Jihlava IČO: 0090638	31. 12. 2020
Karlovarská krajská nemocnice, a.s., s místem poskytování Nemocnice Karlovy Vary Bezručova 1190/19, 360 01 Karlovy Vary, IČO: 26365804	31. 12. 2020
Karvinská hornická nemocnice, a.s.	31. 12. 2020
Oblastní nemocnice Kladno, a.s., nemocnice Středočeského kraje	31. 12. 2020
Oblastní nemocnice Kolín, a.s., nemocnice Středočeského kraje	31. 12. 2020
Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, p. o.	31. 12. 2020
Městská nemocnice v Litoměřicích	31. 12. 2020
Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Litomyšlská nemocnice	31. 12. 2020
Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s., nemocnice Středočeského kraje	31. 12. 2020
Oblastní nemocnice Náchod, a.s.	31. 12. 2020
Nemocnice Nové Město na Moravě	31. 12. 2020
Městská nemocnice Ostrava, p. o.	31. 12. 2020
Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Pardubická nemocnice, Kyjevská 44, 532 03 Pardubice, IČO: 27520536	31. 12. 2020
Nemocnice Písek, a.s., Karla Čapka 589, 397 01 Písek, IČO:26095190	31. 12. 2020
Oblastní nemocnice Příbram, a.s.	31. 12. 2020
NEMOS SOKOLOV s.r.o.	31. 12. 2020
Krajská zdravotní, a.s. - Nemocnice Teplice, o. z., Duchcovská 53, 415 29, IČO: 25488627	31. 12. 2020
Thomayerova nemocnice, Vídeňská 800, 140 59 Praha 4 – Krč, IČO: 00064190	31. 12. 2020
Nemocnice Trinec, p. o.	31. 12. 2020
Oblastní nemocnice Trutnov, a.s.	31. 12. 2020
Uherskohradištská nemocnice, a.s.	31. 12. 2020
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, U Nemocnice 499/2, 128 08, Praha 2 IČO:0064165	31. 12. 2020
Vítkovická nemocnice, a.s.	31. 12. 2020
Nemocnice Vyškov, p. o.	31. 12. 2020
Krajská nemocnice T. Bati, a.s. Havlíčkovy nábřeží 600, 76 001 Zlín IČO: 27661989	31. 12. 2020
Nemocnice Znojmo, p. o.	31. 12. 2020
Středomoravská nemocniční, a.s. – odštěpný závod Nemocnice Prostějov	31. 12. 2020

1.2.3.1 Přednemocniční terapie

Při podezření na CMP je první pomocí přivolání Zdravotnické záchranné služby (ZZS), která zajistí převoz pacienta do nemocnice s iktovým centrem nebo komplexním cerebrovaskulárním centrem. Určené cílové nemocniční zařízení musí splňovat technické a personální předpoklady k poskytnutí specializované péče. V případě, že pacient splňuje časová kritéria pro trombolytickou terapii, musí být převezen do iktového centra, které je schopno poskytnout v prvních 4,5 hodinách intravenózní

trombolýzu, intraarteriální trombolýzu či mechanickou rekanalizaci do 6 hodin po vzniku příznaků CMP (Škoda, 2016).

Přednemocniční neodkladnou péči pacientovi poskytují výjezdové skupiny ZZS a spočívá v zajištění vitálních funkcí pacienta, péči o dýchací cesty, podání kyslíku v případě hypoxie či dechové nedostatečnosti, podání antihypertenziv při zvýšeném tlaku krve nad 220/120 mm Hg nebo při podezření na kardiální či renální selhání a v symptomatické terapii podle stavu pacienta. Pro osoby s cévní mozkovou příhodou je nezbytná kontinuita léčby a mezioborová spolupráce.

Tabulka 6: Hospitalizovaní, bydlící v ČR, podle kapitol MKN-10 (ÚZIS, 2016)

Skupina diagnóz / kapitola MKN-10		Počet hospitalizací		Průměrná ošetrovací doba	Průměrný věk	Počet zemřelých	
		absolutně	na 100 000 obyvatel			absolutně	na 1 000 hospitalizací
IX.	Nemoci oběhové soustavy						
I00–I02	Akutní revmatická horečka	13	0,1	7,5	38,8	-	-
I05–I09	Chronické revmatické choroby srdeční	952	9,0	9,1	70,5	27	28,4
I10	Esenciální (prim.) hypertenze	13 845	131,0	5,4	69,0	112	8,1
I11–I15	Jiné hypertenzní nemoci	1 197	11,3	5,9	66,1	30	25,1
I21, I22	Akutní a pokračující infarkt myokardu	23 056	218,2	4,8	67,8	1 123	48,7
I20, I23–I25	Ostatní ischemické nemoci srdeční	33 688	318,9	5,2	68,7	625	18,6
I26	Plicní embolie	8 535	80,8	8,3	67,3	536	62,8
I30–I52	Jiné formy srdečních onemocnění	105 366	997,3	7,0	71,3	6 877	65,3
I60–I69	Cévní nemoci mozku	49 649	469,9	12,9	72,3	4 834	97,4
I70	Ateroskleróza	24 927	235,9	9,9	70,0	1 004	40,3
I71–I79	Jiné nemoci tepen, tepének a vlásečnic	6 638	62,8	7,4	68,6	423	63,7
I80–I82	Zánět žil, trombóza vrátnice a jiná žilní embolie a trombóza	6 424	60,8	7,1	63,9	88	13,7
I83	Žilní městky - varices - dolních končetin	14 913	141,2	4,1	52,5	24	1,6
I85–I89	Jiné nemoci žil, mizních cév a mizních uzlin nezařazené jinde	4 404	41,7	4,5	39,8	56	12,7
I27–I28, I95–I99	Jiné nemoci oběhové soustavy	3 551	33,6	5,5	67,2	119	33,5
Celkem		297 158	2 812,6	7,6	68,9	15 878	53,4

1.2.3.2 Nemocniční terapie

V akutní fázi CMP probíhá péče o pacienty na jednotkách intenzivní péče (JIP) samostatných iktových jednotek, iktových lůžek neurologického oddělení či iktových lůžek v rámci víceoborové JIP. Iktová lůžka patří pod Centra vysoce specializované péče o pacienta s iktem nebo Centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče a zajišťují komplexní diagnostiku, léčebné přístupy a včasnou rehabilitaci pacientů v akutní fázi cévní mozkové příhody (Škoda, 2016).

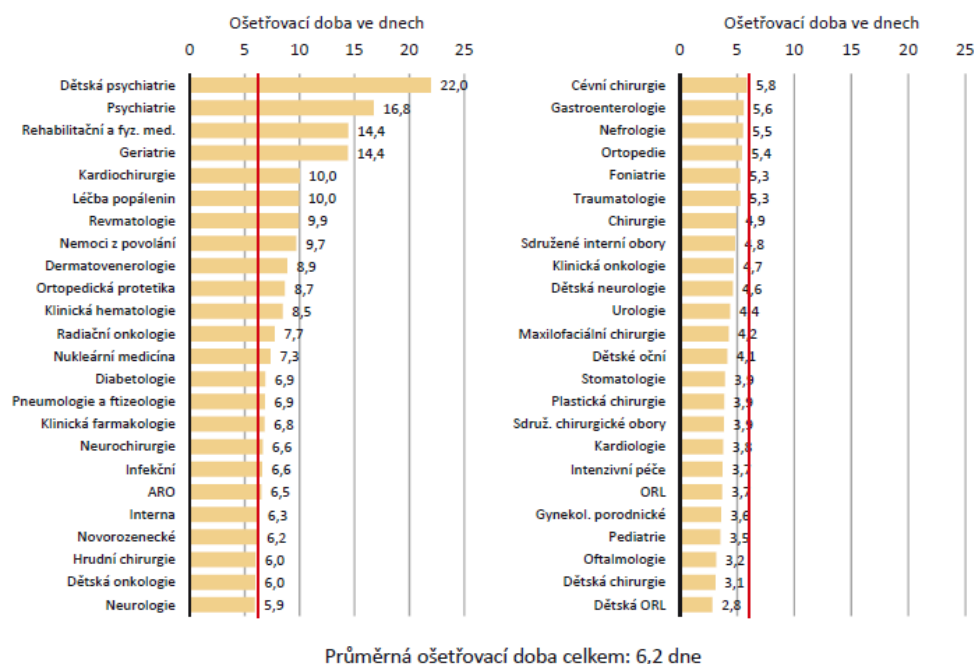
Iktové jednotky jsou páteří integrovaných zdravotních služeb pro pacienty v akutní fázi cévní mozkové příhody. Mezi hlavní kritéria iktových jednotek podle Helsingborgské deklarace z roku 2006 patří zajištění lůžek pro pacienty, specializovaný tým (sestavující z lékařů, vyškolených zdravotních sester, fyzioterapeutů, logopedů a ergoterapeutů) a 24hodinová dostupnost zobrazovacích metod (CT nebo MR), klinických protokolů a pokynů pro diagnostické postupy akutní léčby. Dále by iktové jednotky měly nabízet možnost monitorování, prevenci komplikací a sekundární prevenci a zajištění včasné rehabilitace po stabilizování základních životních funkcí pacienta. Iktové jednotky by měly umožňovat týdenní multidisciplinární týmové setkání s pacientem, průběžné vzdělávání zaměstnanců a vzdělávání pro pacienty, rodiny a pečovatele (Kjellström, Norrving et Shatchkute, 2006).

Nemocniční terapie umožňuje na iktových jednotkách monitorování vitálních funkcí a neurologických funkcí, zajištění funkce plic, péči o kardiovaskulární systém, regulaci krevního tlaku, monitorování metabolismu glukózy, monitorování tělesné teploty a zajištění nutrice s korekcí elektrolytů a tekutin. Specifické terapie zahrnují trombolýzu aplikací rekombinantního tkáňového aktivátoru plazminogenu do 4,5 hodiny od nástupu příznaků ischemické CMP, provedení mechanické trombektomie v případě symptomatického uzávěru arteria carotis interna, arteria cerebri media nebo arteria basilaris do 6 hodin od nástupu příznaků, provedení dekompresní kranioektomie do 48 hodin od nástupu CMP, doplňkovou léčbu, prevenci a léčbu komplikací (Škoda, 2016).

1.2.3.3 Následná léčba

V současné době převládá v České republice snaha o zkrácení doby hospitalizace pacientů a jejich včasný návrat do domácího prostředí.

Obrázek 4: Průměrná ošetrovací doba vybraných oddělení (ÚZIS, 2016)



Následná léčba je poskytována optimálně v domácím prostředí pacienta, s ambulantní péčí praktického lékaře, odborných lékařů a nelékařských zdravotníků a sociálních institucí. Pro pobyt pacienta v domácím prostředí je nutné vybavení pomůckami a zdravotnickou technikou pro zajištění bezpečnosti, zvýšení soběstačnosti a výkonu běžných denních činností. Péči o pacienta koordinuje v tomto případě registrující praktický lékař ve spolupráci se specializovanými lékaři. Na odborné péči o pacienta se může podílet neurolog, internista, kardiolog, psychiatr, psycholog, rehabilitační lékař, logoped, neurochirurg, intervenční radiolog, rehabilitační pracovníci (fyzioterapeut, ergoterapeut), všeobecné sestry a sociální pracovníci (Škoda, 2016).

U méně soběstačných pacientů se nabízí možnost hospitalizace v rehabilitačních ústavech, léčebnách pro dlouhodobě nemocné či na odděleních chronické intenzivní léčby, kde je pacient v péči rehabilitačních lékařů. Péči o pacienta koordinuje v těchto zařízeních ošetrojící lékař, například geriatr, internista či rehabilitační lékař (Škoda, 2016). Cílem institucionální i ambulantní rehabilitace je podpora návratu mozkových funkcí, nácvik denních činností a aktivního pohybu s využitím pomůcek k dosažení maximální míry soběstačnosti, motivace pacienta k aktivnímu přístupu, reedukace řeči a ovlivnění poruch polykání, nácvik substitučních mechanismů, předcházení a ovlivňování komplikací, psychoterapeutické působení, pracovní rehabilitace a zapojení rodinných příslušníků do rehabilitace pacienta (Škoda, 2016).

1.3 REHABILITACE PACIENTŮ PO CMP

„Rehabilitace je činnost, jejímž cílem je optimální znovuoobnovení fyzických, psychických, sociálních a pracovních schopností jedince, které byly sníženy v důsledku úrazu či onemocnění“ (Seidl, 2004).

Hlavním cílem rehabilitace je minimalizace trvalých důsledků a dlouhodobé disability osob po úrazu či nemoci a obnova nezávislého a plnohodnotného tělesného a duševního života. V současné době je rehabilitace pojímána holisticky. Vnímá člověka jako celek a zabývá se jeho funkcí v oblasti aktivit a participací (Švestková et al., 2017). Rehabilitace je nezastupitelná a působí na úrovni orgánu a jeho funkce, subjektu a prostředí, ve kterém člověk žije a které může být facilitující nebo bariérové (Pfeiffer, 2007).

1.3.1 Koordinovaná rehabilitace

„Koordinovaná rehabilitace je souvislá a komplexní činnost uskutečňovaná prostřednictvím rehabilitačních prostředků (nástrojů), jejichž základním úkolem je co nejvíce zmírňovat přímé i nepřímé důsledky dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které významným způsobem omezují nebo zcela znemožňují začlenění osob s disability (zdravotním postižením) do společnosti.“ Mezi základní charakteristiky koordinované rehabilitace se řadí její včasnost, komplexnost, návaznost, koordinovanost, součinnost a využití Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) při zpracování posudků (Švestková et al., 2017).

Včasnost rehabilitace je základním předpokladem úspěšného dosažení cílů. Rehabilitace by měla být zahájena co nejdříve po stabilizaci zdravotního stavu pacienta. O posouzení začátku rehabilitačního procesu rozhoduje multiprofesní tým specialistů. Rehabilitace je obvykle zahájena v nemocnici (v případě CMP na oddělení iktové jednotky) a následně pokračuje ve specializovaném rehabilitačním centru či oddělení. Po propuštění z nemocnice navazuje ambulantní rehabilitace ve specializovaných centrech (Feigin, 2007). Koordinovanost zahrnuje řízení rehabilitace podle stanovených rehabilitačních plánů a usiluje o zlepšování výsledků, rychlost a efektivitu provedení. Rehabilitace by dále měla být dostupnou službou pro všechny pacienty a její poskytování by mělo být založeno na individuálním přístupu. Navrhované cíle a plány rehabilitace by měly odpovídat konkrétním podmínkám potřebám pacienta (Švestková et al., 2017).

Mezi rehabilitační nástroje, využívané u pacientů, patří rehabilitace ve zdravotnictví (léčebná rehabilitace, ošetrovatelská péče a ergodiagnostika), sociální rehabilitace, pracovní rehabilitace a vzdělávací rehabilitace (Švestková et al., 2017). *Léčebná rehabilitace* probíhá v hospitalizačních i ambulantních zdravotnických zařízeních (oddělení akutní i následné péče, kliniky léčebné rehabilitace, rehabilitační ústavy, lázně a další) a využívá diagnostická, terapeutická, technická, pedagogická a sociální opatření. Jejím cílem je obnova či zlepšení poškozených a ztracených funkcí pacienta, zpomalení progresu, udržení tělesné i psychické kondice a dosažení maximální nezávislosti pacienta v běžném životě. *Sociální rehabilitace* je poskytována osobám s nepříznivou sociální situací a je zaměřena na sociální problémy a potřeby zdravotně postižených osob. Usiluje o zmírnění postižení, ekonomické zajištění, sociální integraci a případné zajištění specializované péče a pomoci. Služby sociální rehabilitace jsou poskytovány v domácím prostředí pacienta, v ústavech sociální péče, ve stacionářích a specializovaných centrech, domech s pečovatelskou službou a domovech pro seniory, dále pak v rámci osobní asistence a chráněného bydlení. *Pedagogická rehabilitace* se s využitím pedagogických, psychologických, terapeutických, technických a ergonomických prostředků zaměřuje na vzdělání osob se zdravotním postižením a zajišťuje vhodné podmínky pro výchovu, vzdělávání a profesní přípravu dětí a mládeže. Úzce souvisí se speciální pedagogikou a specializovanými disciplínami a jejím cílem je rozvoj osobnosti a sociální, kulturní a pracovní inteligence. *Pracovní rehabilitace* je určena pro osoby se změněnou pracovní schopností a usiluje o obnovu či zachování jejich pracovního potenciálu. Zajišťuje vhodné podmínky pro pracovní začlenění pacientů, zajišťuje poradenství, pracovní přípravu a proces pracovního zařazení (Klusoňová, 2011).

1.3.2 Proces rehabilitace

Rehabilitace je nedílnou součástí poskytování akutní zdravotní péče. Pacientům po CMP je poskytována speciální a vysoce kvalifikovaná neurorehabilitace na specializovaných spinálních jednotkách a cerebrovaskulárních centrech s navazujícími včasnými lůžky neurorehabilitačního oddělení jako součást iktových center. Pro zahájení rehabilitace je důležitá její včasnost, dostupnost a komplexnost pro zajištění individuálního krátkodobého a dlouhodobého plánu rehabilitace směřujícího k dosažení cílů v co nejkratším čase s nezbytnými náklady. V rehabilitačním procesu má velké uplatnění interprofesní tým (Švestková et al., 2017).

1.3.2.1 Klasifikace ICF

Pro měření zdravotního postižení a zdraví na individuální i hromadné úrovni se využívá Klasifikace ICF, která je součástí souboru klasifikací Světové zdravotnické organizace (WHO). Tato klasifikace předpokládá využití napříč všemi obory a zejména spolupráci pracovišť, neboť je určena pro účely hodnocení stupně disability a posuzování zdravotní způsobilosti k práci (WHO, 2001). „*Cílem klasifikace ICF je poskytnout jednotný, standardizovaný jazyk a rámec pro předpis zdraví a stavů, které se ke zdraví vztahují*“ (WHO, 2001).

Klasifikace ICF definuje složky zdraví a některé stavy, které souvisejí se stavem životní pohody, jako je výchova a práce. Domény MKF mohou být chápány jako *zdravotní domény* a *ke zdraví se vztahující domény*. Jsou popsány z hlediska těla, individua a společenských perspektiv ve dvou základních seznamech: *tělesné funkce a struktury*; *aktivity a participace* (WHO, 2001).

Pro klasifikaci MKF systematicky seskupuje různé domény pro člověka s danými zdravotními problémy (tj. co člověk s onemocněním nebo postižením dělá nebo může dělat). *Funkční schopnost (functioning)* referuje o všech tělesných funkcích, aktivitách a participaci jakožto zastřešující pojem; podobně *disabilita (disability)* slouží jako vyjádření pro poruchy, snížení aktivity nebo restrikce participace. MKF také eviduje faktory prostředí, které se účastní na všech těchto konstrukcích. Tímto způsobem umožňuje uživateli zaznamenat určitý užitečný profil funkční schopnosti jedince, zdravotního postižení a zdraví v různých doménách. Mezinárodní klasifikace obstarává rámec ke kódování širokého okruhu informací, vztahujících se ke zdraví (tj. diagnózy, funkční schopnosti a disability, důvody ke kontaktu se zdravotními službami) a používá standardní společný jazyk, který umožňuje komunikaci v oblasti zdraví a zdravotní péče po celém světě v různých disciplínách a vědách (WHO, 2001).

ICF obsahuje 5 základních komponent (Švestková, 2010):

- Člověk a *tělesné struktury a funkce* (vedle funkcí tělesných jsou zahrnuty i funkce psychické, mentální, kognitivní apod.)
- Člověk a jeho *aktivity* - provádění úkolu (úkonu) nebo činu jedincem.
- Člověk a jeho *participace* - výkon, který se provádí v prostředí, které může být bariérové nebo facilitující.

- *Prostředí* (společnost), ve kterém člověk žije. Faktory prostředí mohou být bariérové nebo facilitující.
- *Domény* jsou praktické smysluplné celky, které se vztahují k fyziologickým funkcím, anatomickým strukturám, činům, úkonům (aktivitám a participacím) nebo oblastem života. Domény vytvářejí rozličné celky a bloky uvnitř každé komponenty i napříč jednotlivými komponentami.

Kvalifikátory jsou stejné pro všechny komponenty i domény a určují stupeň zdraví. Kvalifikátory jsou kódovány jako jedno nebo i více čísel za tečkou (nebo dělítkem) každého kódu. Jedná se o hodnotící pětistupňovou škálu, která však může být velmi zpřesněna, poněvadž každý stupeň je dále dělen procentuálně (Švestková, 2010).

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví umožňuje lépe definovat a vyhodnotit pozitivní nebo negativní dopady různých aspektů sociálního prostředí na participaci osob s disabilitou – jak toto prostředí zmenšuje důsledky disability, anebo jak je naopak umocňuje vytvářením nových překážek (Švestková, 2010). ICF je užitečná pro široké spektrum různých aplikací, např. sociálního zabezpečení, vyhodnocování organizace zdravotní péče, populačních přehledů na místních, národních a mezinárodních úrovních. Nabízí koncepční rámec pro informace, které lze aplikovat v oblasti zdraví, včetně prevence, zlepšování zdraví a zlepšování participace odstraňováním nebo alespoň zmírňováním společenských překážek a povzbuzováním při zajišťování sociálních podpor a facilitací. Je také užitečná při studiu systémů zdravotní péče prostřednictvím terminů vyhodnocení a formulování politiky (WHO, 2001).

1.3.2.2 Specializované poradenství

Poradenství zahrnuje předávání komplexních informací a individuálních doporučení pacientům podle jejich potřeby a uvážení interprofesního týmu. Cílem poradenství je řešení nepříznivé zdravotní a sociální situace pacientů. Poradenství je poskytováno ve všech odbornostech a nabízí pacientovi a jeho rodině poskytnutí přehledu o možnostech léčebné, sociální, pracovní i vzdělávací rehabilitace (Švestková et al., 2017). Poradenská činnost je důležitou součástí všech složek komplexní rehabilitace (Klusoňová, 2011).

1.3.3 Interprofesní spolupráce

Péče o pacienty po CMP je interprofesní problematikou, zahrnující spolupráci internisty (kardiologa), rehabilitačních pracovníků, logopeda, psychologa a dalších specializovaných pracovníků (Kalita, 2006). Rehabilitační proces zahrnuje spolupráci odborníků s pacientem a jeho rodinnými příslušníky. Množství specialistů, kteří se podílejí na rehabilitačním procesu s pacientem, závisí na stavu pacienta a důsledcích CMP (Feigin, 2007). Tým je obvykle tvořen lékařem, fyzioterapeutem, ergoterapeutem, psychologem, logopedem, speciálním pedagogem, zdravotní sestrou, nutričním terapeutem, sociálním pracovníkem, eventuálně protetikem, biomedicínským inženýrem a posudkovým lékařem. Nezbytným členem týmu je rodina, eventuálně přátelé pacienta (Švestková et al., 2017).

1.3.3.1 Interprofesní tým

Plánování léčby u pacientů po CMP je třeba uskutečnit prostřednictvím schůzek interprofesního týmu a pravidelných diskuzí o stavu pacienta, určení specifických cílů a stanovení rehabilitačních kritérií. Jedná se o formální koordinaci rehabilitace pomocí interdisciplinárních týmových setkání odborníků. Koordinované interdisciplinární řízení zdůrazňuje a podporuje spolupráci v rámci týmu a je navrženo tak, aby zvýšilo přínos rehabilitace a mělo pozitivní terapeutický účinek. Každý člen interprofesního týmu se na základě společného posouzení specializuje s pacientem na konkrétní oblasti rehabilitace (Švestková et al., 2017).

Fyzioterapeut je zdravotnický pracovník, který k obnově či kompenzaci funkčních dovedností pacienta využívá diagnostické a terapeutické metody, zaměřené na prevenci poruch pohybového aparátu (Švestková et al., 2017). Fyzioterapeut se s pacientem zaměřuje na nácvik sedu, mobility na lůžku, postavování a chůzi, Zároveň pomáhá pacientovi s výběrem pomůcek pro mobilitu a chůzi (Feigin, 2007).

Logoped se zabývá prevencí, diagnostikou, terapií a kompenzací narušeného komunikačního systému (Švestková et al., 2017). Logoped se specializuje na diagnostiku a léčbu poruch komunikace, zahrnujících afázii, poruchy kognitivní komunikace, dysartrii a řečovou apraxii, ale i poruchy polykání. Cílem úspěšné rehabilitace je nácvik správného postupu, vytváření kompenzačních strategií a poradenství v této oblasti (Winstein et al, 2016).

Psycholog se s pacientem věnuje diagnostice, prevenci a terapii duševních potíží, poruch a onemocnění. Zároveň poskytuje služby pečujícím osobám, které jsou psychicky zatížené dopomocí osobám po cévní mozkové příhodě (Winstein et al, 2016).

Sociální pracovník pomáhá pacientovi překonat sociální důsledky cévní mozkové příhody, zajišťuje s pacientem možnosti bydlení, zaměstnání, příjmů, rehabilitace a poskytuje pacientovi a jeho rodině kontakty na komunitní asistenční služby a agentury sociální pomoci v místě bydliště (Feigin, 2007).

Nutriční terapeut individuálně navrhuje vhodné stravovací návyky pro pacienty s poruchami příjmu potravy, propočítává energetické hodnoty přijímané potravy a navrhuje stravovací a režimová opatření (Herrin et Larkin, 2013).

Rodina pacienta má v rehabilitačním procesu velice důležitou roli, je součástí interprofesního týmu a měla by být zapojována do plánování péče. Pro pacienta je rodina velice důležitá v oblasti opory a pomoci, ale po důkladném proškolení může mít velice důležitou funkci i v terapii. Je významným činitelem v procesu uzdravování a adaptace na změny zdravotního stavu a má nezastupitelnou roli v komunitní rehabilitaci v domácím prostředí pacienta (Jelínková, Krivošíková et Šajtarová, 2009).

1.3.3.2 Význam interprofesní spolupráce

Neurorehabilitace pacientů představuje multidisciplinární, komplexní, intenzivní, dlouhodobý a individuálně zaměřený proces. Je označována jako interprofesní rehabilitační přístup k pacientům s neurologickou problematikou. Dlouhodobým cílem neurorehabilitace je zlepšení aktivit a participací pacienta s facilitací faktorů prostředí k optimální integraci (inkluzi) do společnosti (Sládková, 2013).

Interprofesní spolupráce přináší do praxe nové formy znalostí a porozumění a cenný pohled na to, že vzájemné učení musí být nedílnou součástí praxe. Učení se od ostatních profesionálů umožňuje vhled do poznatků, specifických pro danou profesi v konkrétní situaci a umožňuje přizpůsobení a vytvoření nových znalostí (Falk et al., 2016). Na spolupráci s profesionály jiných oborů (pedagogů, lékařů a dalších zdravotníků, psychologů, právníků atd.) v rámci mezioborové spolupráce jsou uváděny dobré výsledky sociálních pracovníků. Specifikem kvalifikovaného sociálního pracovníka je schopnost propojovat a koordinovat další obory k řešení obtížné sociální situace klienta. Multiprofesní přístup se ukazuje jako efektivní východisko pro řešení situací pacientů a jejich rodin (Vojtíšek, 2017).

1.4 ERGOTERAPIE

„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení“ (Česká asociace ergoterapeutů, 2008).

Ergoterapeut je v rehabilitačním procesu členem interprofesního týmu a jeho hlavním úkolem s pacientem je zaměření na provádění běžných denních činností. Pomáhá pacientovi s využitím jeho potenciálu pro výkon činností, které jsou nezbytné pro plnohodnotné zapojení do života a naplnění sociálních rolí. Mezi cíle ergoterapie lze zařadit podporu zdraví a duševní pohody osob prostřednictvím smysluplného zaměstnávání, udržení, obnovu či zlepšení kompetencí důležitých pro výkon všedních denních činností, pracovních činností a výkon volnočasových aktivit a plné sociální a pracovní začlenění osob se zdravotním postižením (Jelínková, Krivošíková et Šajtarová, 2009).

Ergoterapeut má v praxi uplatnění v hospitalizačních i ambulantních zdravotnických zařízeních, v léčebnách dlouhodobě nemocných, v rehabilitačních centrech a ústavech, v odborných léčebnách, v domácí péči, v lázeňských léčebnách, ústavech sociální péče, v léčebných a vzdělávacích zařízeních pro tělesně nebo smyslově postižené děti, v zařízeních pro děti, dospělé i seniory, v podnicích a na pracovištích, v chráněných dílnách, na úřadech práce, v posudkových komisích, v pojišťovnách a v institucích pro vzdělávání ergoterapeutů. Kvalifikované ergoterapeuty mohou na pracovištích doplňovat i další odborní pracovníci, jako například speciální pedagog, logoped, arteterapeut, muzikoterapeut a další (Klusoňová, 2011).

1.4.1 Ergoterapie v neurologii

Ergoterapie v neurologii je specifická ve svých přístupech z hlediska dlouhodobé léčby a možných trvalých následků. Rozhodující roli má ucelená rehabilitace, zahrnující léčebnou, sociální, vzdělávací a pracovní rehabilitaci. Velice důležité je její včasné zahájení z důvodu prevence komplikací a využití regenerační schopnosti nepoškozených struktur mozku, dostatečná doba léčby, návaznost a dostupnost rehabilitace. Produktivní spolupráce ošetřujících, rodinných příslušníků

a terapeutů v rámci interprofesního týmu zaručuje dosažení maximálních výsledků terapie. Mezi základní rehabilitační prostředky terapie se u neurologických pacientů řadí polohování, včasná vertikalizace, nácvik stability, obnova motorických funkcí a obnova praktických a pracovních dovedností (Klusoňová, 2011).

Ergoterapie má své důležité místo v oblastech, které jsou postiženy v důsledku poruch cévní nervové soustavy. Mezi somatické příznaky patří poruchy motorických, senzorických a vegetativních funkcí, mezi psychické příznaky patří změny chování, poruchy kognitivních funkcí a poruchy fatických funkcí (Klusoňová, 2011).

1.4.2 Ergoterapeutický proces

Základními kroky ergoterapeutického procesu je příjem pacienta, hodnocení (sběr dat, analýza dat a zjištění problémových oblastí), nastavení plánu terapie a cílů terapie, průběh terapie a její zhodnocení a propuštění pacienta do domácího prostředí.

1.4.3 Metody hodnocení v ergoterapii

Mezi formální metody sběru dat v ergoterapii patří rozhovor, pozorování, standardizované testy, dotazníky, sebehodnotící škály a posuzovací škály.

1.4.3.1 Rozhovor

Rozhovor je velice častou metodou sběru dat, která umožňuje získání důležitých informací, postojů a hodnot pacienta. Rozhovor terapeut využívá například během prvního kontaktu s pacientem a je důležitý pro stanovení vztahu k pacientovi a stanovení cílů a plánů terapie. Pro hodnocení aktuálního zdravotního stavu pacienta je důležitá anamnéza zajišťující souhrn informací o předešlém životě. Zásadou při získávání anamnézy je potřeba zaznamenání všech údajů, které pacient sdělí. Mezi zásady při odběru anamnézy patří dostatek času pro provedení rozhovoru, vhodné (klidné a příjemné) prostředí, správná formulace otázek a osobní zájem (Klener, 2009).

Z anamnézy jsou u pacientů po CMP důležité oblasti nynějšího onemocnění, rodinná anamnéza, pracovní a školní anamnéza, sociální anamnéza, farmakologická anamnéza a toxikologická anamnéza. *Osobní anamnéza (OA)* zahrnuje popis nynějšího onemocnění a chronologický výčet předcházejících onemocnění. *Nynější onemocnění* obsahuje informace o aktuální příčině hospitalizace, podrobnosti o přijetí do nemocnice, příznaky onemocnění a sled obtíží, případně další probíhající onemocnění a zdravotní komplikace. V předchorobí se zaznamenávají závažná prodělaná onemocnění, operace

a větší úrazy, u žen gynekologická anamnéza a průběh gravidity. *Rodinná anamnéza (RA)* zjišťuje zdravotní stav rodičů a příbuzných pacienta, závažná onemocnění v rodině a případná úmrtí blízkých příbuzných pacienta. Pro hodnocení je významný výskyt geneticky podmíněných onemocnění a dědičných chorob. *Pracovní anamnéza (PA)* obsahuje důležité informace o současném i předchozích zaměstnání pacienta, případně i informaci o důchodu. Dále je zjišťována psychická a fyzická náročnost zaměstnání. Získané informace mohou být důležité při hodnocení rizikových faktorů některých onemocnění. *Sociální anamnéza (SA)* obsahuje sociální faktory, mezi které patří například výše platu či důchodu, úroveň bydlení, způsob života, životospráva a volnočasové aktivity. V rámci sociální anamnézy terapeut zjišťuje i informace, zda pacient bydlí v domě s výtahem, případně v bezbariérovém bytě, jestli se o pacienta doma někdo stará a jak rodina péči zvládá. Sociální anamnéza může hrát roli například při rozhodování o délce hospitalizace. *Farmakologická anamnéza (FA)* obsahuje informace o tom, jaké látky pacient užívá. *Toxikologická anamnéza (TA)* obsahuje informaci o užívání návykových látek, především tabákových výrobků, alkoholu a konzumaci černé kávy. Podstatná je nejen informace o aktuálním stavu, ale i o nedávné historii (Klener, 2009).

1.4.3.2 Pozorování

Metodu pozorování ergoterapeut ve své praxi využívá nepřetržitě během skupinové i individuální práce s pacientem. Tato metoda hodnocení poskytuje o pacientovi mnoho informací. Při strukturovaném pozorování se terapeut zaměřuje například na konkrétní oblasti provádění činnosti nebo vliv prostředí na pracovní výkon pacienta (Krivošíková, 2011).

1.4.3.3 Standardizované testy

Využití standardizovaných metod v ergoterapii je důležité pro hodnocení efektivnosti léčby. Testové metody mají přesnou administraci a odpovídající interpretaci výsledků. Standardizací testu je označováno zjištění reliability, validizace, stanovení norem, prověření účinnosti a stanovení jednotných instrukcí pro administraci testu. Standardizovaný test poskytuje validní a reliabilní normu a jasný postup administrace a bodování (Krivošíková, 2011). Validita testu určuje, zda test měří skutečně to, co má měřit. Reliabilita testu určuje jeho spolehlivost, zda dojde k prokázání stejných závěrů při opakování hodnocení (Hendl, 2008).

Objektivní standardizovaná funkční hodnocení, kterými se hodnotí aktivity denního života, je možné rozdělit do několika skupin. *Kumulativní indexy* (hodnocení) sčítají body za jednotlivé položky a celkový výsledek je dán součtem všech hodnot (např. Barthel Index, Funkční míra nezávislosti, Míra hodnocení funkčního stavu a další). *Hierarchické indexy* (hodnocení) určují hierarchii jednotlivých položek, uspořádání nadřazenosti a podřizenosti tak, že každý prvek, kromě nejvyššího, je podřízen právě jednomu nadřazenému (např. Katzův index pro hodnocení aktivit denního života, ve kterém je přesně určena hierarchie soběstačnosti a závislosti v jednotlivých položkách ADL). *Dynamická hodnocení* se zaměřují na výkon pacienta, hodnotí schopnosti učení a schopnost přenesení nově získaných zkušeností do reálného života (např. Ergoterapeutické neurobehaviorální hodnocení A-ONE pro hodnocení ADL). Mohou kombinovat hodnocení aktivit s hodnocením neurobehaviorálních dysfunkcí (Svěcená, 2014).

Hodnocení ADL je důležité především z důvodu odhalení disability, zhodnocení aktuálního funkčního stavu pacienta, určení rehabilitačního potenciálu a stanovení cílů a plánů terapie, monitorování efektivity volených terapeutických postupů, zhodnocení stanovených cílů, doporučení dalších postupů, zjištění potřeby kompenzačních pomůcek a adaptací prostředí a zjištění míry nutné asistence (Jelínková, Krivošíková et Šajtarová, 2009).

1.4.3.3.1 Barthel Index

K vyšetření ADL se nejčastěji využívá *Barthel Index (BI)*, což je mezinárodní standardizovaný test pro posouzení soběstačnosti v 10 běžných denních činnostech (příjem potravy, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence moči a stolice, použití WC, přesuny a chůze po rovině a po schodech). Jedná se o nejrozšířenější test oblastí aktivit denního života v České republice (Krivošíková, 2011).

Barthel Index hodnotí schopnost jedinců s neuromuskulární nebo muskuloskeletální poruchou a rozděluje soběstačnost podle celkového počtu získaných bodů (0 až 100 bodů) na 4 hodnocení dle míry soběstačnosti (Lippert-Grüner, 2005). Barthel Index se využívá k měření výkonu v každodenním životě (ADL). Každá výkonnostní položka je v tomto testu ohodnocena daným počtem bodů přiřazených ke každé úrovni nebo pořadí (O'Sullivan, 2014). Nástroj používá deset proměnných popisujících ADL a mobilitu, které určují míru závislosti pacienta a slouží k stanovení

funkční nezávislosti před propuštěním z nemocnice. Nejobektivnější hodnocení lze zjistit přímo v domácím prostředí pacienta (Mahoney, 2011). Jedná se o nástroj pro sledování funkčních změn u pacientů během rehabilitace a stal se osvědčeným hodnocením u pacientů po cévní mozkové příhodě. Barthel Index prokázal vysokou spolehlivost (O'Sullivan, 2014).

Barthel Index je volně dostupný hodnotící nástroj a jeho použití je bezplatné. Pro úpravu Barthelova indexu nebo jeho použití pro komerční účely je vyžadováno povolení. Autorská práva Barthel Indexu vlastní Státní lékařská společnost v Marylandu. Test je dostupný v překladu do mnoha jazyků a může být použit volně pro nekomerční účely s následující citací: *Mahoney FI, Barthel D. "Funkční hodnocení: Barthel Index" Maryland State Med Journal 1965; 14: 56-61.*

Barthel Index by měl být používán jako záznam o aktuálním stavu soběstačnosti pacienta. Hlavním cílem je stanovit stupeň nezávislosti od jakékoliv pomoci, fyzické nebo verbální, z jakéhokoli důvodu. Výkon pacienta by měl být stanoven pomocí nejlepších dostupných důkazů (rozhovor s pacientem, jeho přáteli a rodinou, pozorování). Obvykle se hodnotí výkon pacienta za posledních 24 až 48 hodin. Při vyšetření je povoleno použití pomůcek (Mahoney, 1965).

1.4.3.3.2 Funkční míra nezávislosti

Funkční míra nezávislosti (Functional Independence Measure, FIM) je určena ke stanovení závažnosti zdravotního postižení pacientů, sledování změn funkčního stavu pacientů a hodnocení efektivity léčebné rehabilitace. Pro hodnocení změn v průběhu rehabilitace je test validní a reliabilní (Krivošíková, 2011).

FIM se využívá v ošetrovatelských zařízeních, subakutních zařízeních, léčebnách dlouhodobě nemocných, rehabilitačních ústavech a na dalších pracovištích. Jako hodnotící nástroj lze FIM využít u všech pacientů a opakovaně. Pro konkrétní skupiny pacientů existuje několik verzí testu (WeeFIM pro děti do 7 let, FIM pro dospělé a verze Enviro-FIM pro využití v domácím nebo komunitním prostředí pacienta). FIM hodnotí 18 položek v 6 oblastech (osobní péče, kontrola sfinkterů, přesuny, lokomoce, komunikace a sociální schopnosti). Všechny položky jsou hodnoceny na bodové škále podle míry závislosti na druhé osobě. Každá položka je hodnocena úrovní 1 až 7 (1 = celková závislost, 7 = celková nezávislost). Ke správnému provedení hodnocení je vytvořen manuál FIM, obsahující přesný popis

funkčních úrovní u konkrétních položek. Délka administrace testu je přibližně 40 minut včetně vyhodnocení (Krivošíková, 2011).

1.4.3.4 Dotazníky, sebehodnotící škály a posuzovací škály

Dotazníky, sebehodnotící škály a posuzovací škály jsou další formou sběru dat a zajišťují možnost získání konkrétních informací v poměrně krátkém čase. Velice často se v praxi využívají dotazníky a škály s možností hodnocení na numerické škále. Dotazníky lze rozdělit na obecné i specifické a využívají se spíše k identifikaci problémových oblastí, které je následně třeba vyšetřit dostupnými hodnotícími testy (Jelínková, Krivošíková et Šajtarová, 2009).

1.4.4 Terapeutické prostředky v ergoterapii

V rehabilitaci pacientů po CMP jsou uplatňovány různé ergoterapeutické přístupy. Patří mezi ně například individuální forma terapie, zaměření na nácvik ADL, analýza činnosti, stupňování činnosti, řešení problémových situací a rozhodování, nácvik pracovních a volnočasových činností a edukace pacienta (Krivošíková, 2011).

U osob s tělesným postižením jsou využívány biomechanické, neurovývojové a kognitivní rámce vztahů. *Biomechanický přístup* je zaměřený na pohybové činnosti, analýzu činnosti, zlepšení hybnosti, svalové síly, stability a výdrže, rychlosti, zlepšení funkce provedení komplexních činností, úpravu prostředí, adaptaci činnosti a použití kompenzačních strategií. Přístup stupňovaných aktivit zahrnuje výběr aktivit pro terapii a jejich stupňování (například trénink úchopů od jednoduchého ke složitému, manipulace s přiborem za využití modifikovaného rozšířeného úchopu, rozfázování aktivit, postupné zvyšování náročnosti aktivit). Přístup všedních denních činností (ADL) obsahuje nácvik konkrétních denních činností (zaměření především na personální ADL), analýzu činnosti, rozfázování postupu, nácvik dílčích činností (koordinace obou HKK při zapínání zipu, knoflíků, obouvání, osobní hygiena). Kompenzační přístup zahrnuje edukaci pacienta o možnostech výběru pomůcek pro sebesycení (modifikovaný úchop příboru, využití protiskluzové podložky pod talířem a hrnkem), osobní hygienu (kleštičky na nehty), přípravu pokrmů (bodcové prkénko na krájení), bezpečnost a chůzi, výběr vhodných kompenzačních pomůcek, dlah, zvážení bezbariérové přestavby (Krivošíková, 2011).

Neurovývojové metody zahrnují využití prvků Bobath konceptu a Proprioceptivní neuromuskulární facilitace v terapii, především ke zvýšení rozsahů

pohybu, osvojení správného vzorce komplexního pohybu, nácviku opěrných reakcí (i pro paretickou horní končetinu), nácvik stability a rovnovážných reakcí, PANat metodu (využití nafukovacích dlah k protažení a relaxaci spastické končetiny, polohování, antiedematozní funkce) a Constraint Induced Movement Therapy (CIMT) s maximálním zapojením paretické LHK do činnosti (Krivošíková, 2011).

Ergoterapeut se významně podílí na hodnocení pracovního potenciálu pacienta, hodnocení pracovního prostředí, nácviku pracovních dovedností a poradenství v oblasti kompenzačních pomůcek, výběru zaměstnání a instruktáže rodiny. Hodnocení pracovní výkonnosti a zvládání pracovních činností hodnotí pomocí ergodiagnostického vyšetření (Jelínková, Krivošíková et Šajtarová, 2009). Ergodiagnostickým vyšetřením je posuzován aktuální zbytkový potenciál pacienta (psychomotorický potenciál k zaměstnání), je v kompetenci pracovních úřadů a je součástí plánu koordinované rehabilitace (Švestková et al., 2017).

U pacientů po CMP je v časně fázi důležité správné polohování končetin a trupu podle Bobath konceptu, včetně zajištění polohovacích pomůcek. K pacientovi by se vždy mělo přistupovat ze strany postižení. Mezi terapeutické techniky u horních končetin patří mobilizace kloubů ruky, udržování rozsahů pohybu, ošetřování měkkých struktur a podpora percepce. Z dalších terapeutických postupů je důležitý nácvik mobility na lůžku, trénink soběstačnosti v ADL, nácvik stability trupu a lokomočních funkcí (chůze bez opory nebo s oporou). Důležitou oblastí je i nácvik kognitivních funkcí (Klusoňová, 2011).

1.4.5 Nácvik ADL

Po cévní mozkové příhodě je pro pacienty důležitý návrat k předchozím aktivitám. V terapiích je třeba se zaměřit na problémové oblasti ADL, jako je například oblékání, sprchování, vaření či chůze a chůze po schodech (Feigin, 2007). Snížení soběstačnosti po CMP v důsledku úbytku funkčních schopností pacienta často způsobuje ztrátu sebevědomí a motivace. Dochází k výměně rolí v rodině a závislost na druhé osobě je vyčerpávající pro celé okolí pacienta. Z těchto důvodů je důležité pracovat s pacientem na nácviku soběstačnosti a nezávislosti na druhých osobách (Krivošíková, 2011).

Při nácviku ADL ergoterapeut volí takové cíle a plány terapie, které zohledňují individuální schopnosti pacienta, jeho osobnost a domácí prostředí. Je důležité myslet na to, do jakého prostředí bude pacient pokračovat po ukončení hospitalizace, zda bude

nadále pod dohledem zdravotnického personálu či se vrátí do domácího prostředí, zda bude doma bydlet sám nebo s rodinou a zda se v prostředí nebude setkávat s bariérami, které by mu bránily ve výkonu ADL. Dále je třeba terapii přizpůsobit prostředí a zvýšit soběstačnost pomocí všech dostupných možností a kompenzačních pomůcek. Nácvik v oblasti ADL může zahrnovat intervenci, způsobující omezení nebo zmírnění poruchy (např. zvyšování rozsahů pohybu, zlepšení manipulace s předměty, nácvik jemné motoriky, snížení spasticity a taktilní stimulaci), kompenzační techniky (např. práce pouze jednou rukou), využití technických a kompenzačních pomůcek (např. pomůcky k oblékání, sebesycení), adaptace činnosti (např. použití jiného oblečení) a využití dalších osob pro osobní asistenci. Při nácviku je důležitá aktivita pacienta a řetězení činností. Terapeut může pacientovi pomáhat různými nápovědami a pobídkami (Krivošíková, 2011). Pacienta je nutné motivovat a věnovat se s ním nácviku konkrétních činností. Složitější aktivity lze zjednodušit úpravami či pořízením pomůcek (Feigin, 2007).

1.4.6 Kompenzační pomůcky

Závažná onemocnění, úrazy a vrozené vady ovlivňují funkční stav pacienta a tím i kvalitu jeho života. Aby nebyl člověk odkázán na pomoc druhé osoby, pomáhá mu ergoterapeut s nácvikem zvýšení soběstačnosti s ohledem na využití zachovaných funkčních schopností. Ke zlepšení funkčního stavu pacienta lze využít technické kompenzační a protetické pomůcky. Pomůcky lze podle charakteru postižení rozdělit na pomůcky pro tělesně postižené, zrakově postižené, sluchově postižené, mentálně postižené, pro poruchy komunikace a nemocné s interním onemocněním. Podle účelu lze pomůcky dělit na pomůcky pro lokomoci, mobilitu, hygienu, oblékání, sebesycení, přípravu stravy, domácí práce, pomůcky pro dorozumívání a orientaci. Kompenzační pomůcky bývají plně nebo částečně placené pojišťovnou, některé si však pacienti musí koupit na vlastní náklady. Úkolem ergoterapeuta je nejen pomůcky vybrat, ale uzpůsobit je podle individuálních potřeb pacienta, naučit pacienta pomůcky správně využívat a pečovat o ně (Klusoňová, 2011).

Při návratu do domácího prostředí je potřeba pacienta vybavit pomůckami pro vykonávání denních potřeb, zajištění soběstačnosti, pohyblivosti a zabránění komplikací, jako jsou například hůl, toaletní křeslo, vozík, chodítko, nástavec na WC, antidekubitní matrace a polohovací lůžko (Škoda, 2016).

1.5 REHABILITACE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

1.5.1 Hodnocení domácího prostředí

Hodnocení domácího prostředí je prováděno ergoterapeutem v rámci domácích návštěv. Umožňuje hodnocení způsobu provádění ADL v přirozeném prostředí pacienta, hodnocení bariér v domácím prostředí a hodnocení rizik vzhledem k funkčním schopnostem pacienta. Většinou se domácí návštěva plánuje před ukončením hospitalizace pacienta a jejím hlavním cílem je zhodnocení bezpečnosti a výkonu ADL v domácím prostředí (Krivošíková, 2011).

V současné době se zvyšuje počet domácích návštěv, které provádí terapeut v domácím prostředí pacienta. Cílem těchto návštěv je posouzení bezbariérovosti domácího prostředí s případným navržením změn pro zajištění soběstačnosti pacienta. V roce 2012 vyšel zahraniční článek „*Occupational therapy pre-discharge home visits for patients with a stroke (HOVIS): results of a feasibility randomized controlled trial*“, který přinesl náhled využití domácích návštěv. Jedná se o randomizovanou kontrolovanou studii a kohortní studii, posuzující domácí návštěvy u pacientů. Shromažďuje informace o proveditelnosti randomizované kontrolované studie, včetně způsobnosti, kontrolní intervence a hodnocení výsledků. Zároveň zahrnuje kvalitu života pacientů a náklady domácí návštěvy (Drummond et al., 2013).

V České republice se hodnocením domácího prostředí zabývá společnost ILA, s.r.o. ve spolupráci s Českou Asociací Ergoterapeutů, vědeckým pracovištěm „Department of Health Sciences“ Lékařské fakulty University v Lundu ve Švédsku a rehabilitačním centrem „Centro de Reabilitacao Profissional de Gaia“, která v rámci projektu financovaného z Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu České republiky vytvořila metodiku sloužící k systematické identifikaci architektonických bariér v domácím prostředí. Jedním z výzkumných úkolů v rámci tohoto projektu je standardizace metodiky „Smart Evaluation Methodology of Accessibility FOR home (SEMAFOR home)“. Jedná se o metodiku pro objektivní hodnocení bariér v domácnostech osob se zdravotním postižením. Nástroj hodnotí bariéry v domácím prostředí osob a poskytuje možnost objektivního posouzení bariér ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu handicapu příslušné osoby i s ohledem na četnost překonávání bariéry a jeho vyhodnocení je přehledně dokumentováno grafickým rozdělením bariér (Macháčová, 2014).

Hodnocení domácího prostředí se provádí především u osob se sníženou soběstačností, osob s progresivním onemocněním či trvalými následky, osob se smyslovým postižením, u seniorů s vysokým rizikem pádu a u osob s kognitivními poruchami. Mezi hlavní cíle hodnocení domácího prostředí patří umožnění nezávislosti pacienta v domácím prostředí, zhodnocení úrovně ADL v domácím prostředí, zjištění podmínek domácnosti, identifikace bariér a doporučení vhodných úprav prostředí, zajištění vhodných modifikací, výběr vhodných kompenzačních pomůcek a nácvik jejich bezpečného používání a snížení rizika hospitalizace pacienta. Při hodnocení domácího prostředí se ergoterapeut zaměřuje na dispozice bytu, vybavení domácnosti, domácí spotřebiče, bezpečnost prostředí, bariéry prostředí a dostupnost služeb v okolí bydliště (Jelínková, Krivošíková et Šajtarová, 2009).

1.5.2 Možnosti úprav domácího prostředí

Domácí prostředí by pro pacienta mělo být bezpečné a přizpůsobené jeho funkčním dovednostem. Cílem ergoterapeuta je pomoci pacientovi s odstraněním případných bariér a zajištěním vhodných podmínek domácího prostředí. Mezi možnosti intervence lze zařadit adaptace prostředí a jeho architektonické změny, možnosti modifikace prostředí a vybavení vhodnými pomůckami. Mezi adaptace fyzického prostředí patří úpravy prostor (např. přemístění nábytku a odstranění koberců), modifikace prostředí (např. instalace madel do koupelny a na WC či kompletní přestavba koupelny, přestavba celého bytu) a pořízení kompenzačních pomůcek, jako např. sedačka do vany a nástavec na WC (Jelínková, Krivošíková et Šajtarová, 2009).

Při úpravě domácího prostředí je potřeba uvažovat nad potřebami pacienta v současné době, ale i do budoucna. Zároveň je potřeba vzít na vědomí ostatní obyvatele domácnosti. Při větších architektonických úpravách prostředí je důležitá spolupráce odborníků. Kromě ergoterapeuta se procesu účastní například sociální pracovník, rodina, architekt, stavitel, technik a další (Jelínková, Krivošíková et Šajtarová, 2009).

Mezi nejčastější příklady úprav domácího prostředí u pacientů patří zvýšení záchodové mísy, instalace madel a opěrného rámu k WC, výměna vany za sprchový kout, instalace sedačky do sprchy či vany, využití protiskluzových podložek a výběr vhodné vodovodní baterie v koupelně, vhodné rozmístění nábytku, nastavení kuchyňské linky a umístění spotřebičů, pořízení polohovacího lůžka a antidekubitní matrace,

odstranění prahů a koberců a instalace zábradlí ke schodům (Jelínková, Krivošíková et Šajtarová, 2009).

Bezbariérovým bydlením jsou označovány stavby, které podle vyhlášky č. 398/2009 Sb. splňují přesné technické požadavky. Nejekonomičtější variantou pro pacienty s trvalými následky je novostavba bezbariérového bydlení. Náklady bezbariérového projektování činí 2 až 10 % z celkové ceny, zatímco následné úpravy jsou nákladnější. V místě trvalého bydliště lze požádat o obecní bezbariérový byt, který je označován jako byt zvláštního určení. Zákon č. 132/2011 Sb. definuje byty zvláštního určení jako „*byty zvlášť upravené pro bydlení zdravotně postižených osob a byty v domech zvláštního určení.*“ Další možností je bezbariérová úprava stávajícího bydlení. Rekonstrukci bytů provádí stavební firmy a pro bezbariérovou přestavbu bytu je třeba požádat o stavební povolení, zajistit souhlas vlastníka objektu a písemný souhlas ostatních vlastníků jednotlivých bytových jednotek domu. Pro překonání bariér v bytě lze také aplikovat pomůcky, které zajistí přístupnost bariérových míst (rampy, schodišťové plošiny, schodolezy a kolejnicový systém). Financování úprav je bohužel pro pacienty finančně náročné, proto je třeba se informovat o možnosti příspěvku na zvláštní pomůcku, který poskytuje krajská pobočka úřadu práce. Tento příspěvek je určen osobám s těžkým fyzickým postižením a zahrnuje příspěvek na nájezdové ližiny, přenosné rampy, stavební práce spojené s uzpůsobením koupelny a WC a práce spojené s rozšířením dveří v bytě. Na další bezbariérové úpravy bytu mohou přispět nadace, věnující se osobám s postižením či sponzorské firmy a soukromé osoby. Výstavba veřejně přístupných objektů je v současné době v ČR řízena požadavky vyhlášky 398/2009 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb (Liga vozíčkářů, 2015).

1.5.3 Možnosti další rehabilitace

Mezi možnosti další rehabilitace u pacientů po CMP patří služby v oblasti předpracovní a pracovní rehabilitace, ergodiagnostická vyšetření, možnosti chráněného a podporovaného bydlení, pobytové služby, asistenční služby, poradenská činnost, rekondiční pobyty a další. Kromě pobytových rehabilitačních ústavů existují i ambulantní profesní centra a organizace, zaměřené přímo na rehabilitaci pacientů po CMP. Jejich seznam je obsahem „*Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“ v Příloze č. 5.

1.6 REHABILITACE V LEGISLATIVNÍM PROCESU

1.6.1 Mezinárodní legislativa

1.6.1.1 Úmluva OSN o právech osob s disabilitou

Text Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením byl schválen Valným shromážděním OSN a podepsán 82 státy světa 30. března 2007. V České republice získala platnost 28. října 2009 (Švestková et al., 2017).

Úmluva je významnou smlouvou o lidských právech a základních svobodách a doplňuje sedm stávajících základních lidskoprávních úmluv OSN. Úmluva je založena na respektování přirozené důstojnosti, osobní nezávislosti, zahrnující také svobodu volby, a samostatnosti osob; nediskriminace; plné a účinné zapojení a začlenění do společnosti; respektování odlišnosti a přijímání osob se zdravotním postižením (dále jen „osoby se ZP“) jako součásti lidské různorodosti a přirozenosti; rovnost příležitostí; přístupnost; rovnoprávnost mužů a žen; respektování rozvíjejících se schopností dětí se zdravotním postižením a jejich práva na zachování identity. Účelem Úmluvy OSN je podpora, ochrana a zajištění plného a rovného užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a podpora úcty k jejich přirozené důstojnosti (Švestková et al., 2017).

1.6.1.2 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

ICF („International Classification of Functioning, Disability and Health“ je mezinárodní termín pro Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) Světové zdravotnické organizace. Je univerzálním klasifikačním systémem pro oblast zdraví a zdravotnických domén. Model ICF byl úspěšně aplikován na širokou škálu zdravotních stavů a onemocnění (Osborne, 2017).

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) je součástí souboru klasifikací Světové zdravotnické organizace (WHO) a je určena pro měření zdravotního postižení na individuální i populační úrovni. Klasifikace MKF je určena pro účely hodnocení stupně disability, posuzování zdravotní způsobilosti k práci, posuzování speciálních potřeb ve vzdělávání, předepisování a proplácení zdravotnických prostředků, pro účely zdravotních pojišťoven, pro zjišťování zdravotního stavu jako podkladu pro posouzení ve věcech dávek a služeb sociálního zabezpečení zaměstnanosti, pro posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu

ve věcech sociálního zabezpečení a zaměstnanosti a pro statistické účely při hodnocení zdravotního stavu (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2009).

ICF byla schválena a doporučena k praktickému používání Světovou zdravotnickou organizací v květnu 2001. Je revizí Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů, kterou vytvořila WHO v roce 1980 a doplňuje Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10. ICF je výsledkem mnohaleté spolupráce více než 70 států, jejichž snahou bylo vytvoření jednotné terminologie pro popis zdraví a stavů, které se ke zdraví vztahují (WHO, 2001). ICF byla přijata Organizací spojených národů a začleněna jako referenční systém pro Standardní pravidla pro rovnost příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. V listopadu 2007 na konferenci v Miláně v rámci projektu EU MHADIE (Measuring Health and Disability in Europe) se Evropská komise, Rada Evropy, Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj (OECD), zástupci Světové zdravotnické organizace (WHO), Organizace spojených národů (OSN) a představitelé dalších evropských organizací občanů s disabilitou dohodli, že ICF se bude používat jako základní metodika k hodnocení funkčních schopností osob s disabilitou. Státy Evropské unie přijaly tuto klasifikaci jako základní filosofii a politiku rehabilitace v EU a nástroj jejich inkluze.

V České republice se o překlad a vydání klasifikace zasloužil především prof. MUDr. Jan Pfeiffer společně s Doc. MUDr. Olgou Švestkovou v roce 2001 (Jungbauerová, 2012). Definice disability podle MKF je výsledkem diskuze, které se v roce 2006 účastnili zástupci OSN, WHO, Rady Evropy, Evropské komise, OECD a zástupci odborníků v rehabilitaci a občané s disabilitou z 15 zemí EU na Klinice rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze. Český statistický úřad ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví ČR zavedl klasifikaci MKF s účinností od 1. července 2010. Byla uveřejněna ve Sbírce předpisů ČR jako *Sdělení ŠSÚ č. 431/2009 Sb.* MKF se stala základní ideovou a vedoucí pomůckou při zavádění rehabilitace (Švestková et al., 2017).

Hodnocení tělesných funkcí u pacientů po CMP usiluje o objektivitu, zjednodušení definic a měřitelnost ve srovnání s jinými úrovněmi pomocí ICF. Hodnocení ICF u pacientů má v aktivním stádiu CMP největší význam v hodnocení tělesných funkcí, v chronické fázi se přesouvá důraz na hodnocení aktivit a participace. Formální standardizovaná a validní hodnocení by měla být používána v co nejvyšší míře i bez ohledu na ICF (Winstein et al, 2016).

1.6.1.3 Helsingborgská deklarace

Mezi základní požadavky a doporučení Helsingborgské deklarace (Kjellström, Norrving et Shatchkute , 2006) patří:

- zvýšení informovanosti zdravotnických pracovníků a veřejnosti o projevech a příznacích CMP prostřednictvím dalšího vzdělávání;
- organizace služeb a poskytování péče pacientům jak v komunitě, tak v nemocnicích;
- poskytování péče multidisciplinárním týmem na iktových jednotkách s vyhrazenými lůžky;
- začleňování nových výzkumů v oblasti CMP;
- identifikace a určení nemocnic, poskytujících péči v akutní fázi CMP;
- organizace péče o pacienty;
- vymezení struktury služeb;
- zavedení formálního programu pro certifikaci iktových center s cílem zvýšit kvalitu péče CMP a zajistit dodržování vnitrostátních norem založených na „Evidence-based Practice“ (praxe založená na důkazech);
- struktura profesní organizace a poskytování finančních prostředků;
- stanovení osoby, odpovědné za koordinaci služeb v dané geografické oblasti;
- řízení nemocničních služeb a odborného vzdělávání;
- pokyny pro kontinuitu péče a vnitrostátní pokyny založené na důkazech;
- proces zlepšování kvality a evaluace úspěchu.

1.6.2 Ustanovení rehabilitace v české legislativě

Usnesením vlády ČR byl 14. dubna 1998 schválen *Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením*. Tento plán zavedl komplexní systém rehabilitace osob se zdravotním postižením a rehabilitace začala být označována jako „ucelená rehabilitace“ (Švestková et al., 2017).

17. srpna 2005 byl schválen *Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 – 2009*, který obsahoval úkoly týkající se zavedení a podpory komplexního systému rehabilitace osob se zdravotním postižením. V dalších letech byl přijat *Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014*, který obsahuje opatření v oblasti rehabilitace osob se zdravotním postižením a zdůrazňuje nutnost rozvoje jeho

jednotlivých složek - léčebné, sociální, vzdělávací a pracovní. Jednáním je pověřeno Ministerstvo práce a sociálních věcí ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem školství (Úřad vlády ČR, 2005).

Podle hierarchie právních norem ve zdravotnictví lze právní předpisy rozdělit na Právo EU, mezinárodní smlouvy a ústavní zákony (*Listina základních práv a svobod, Úmluva o lidských právech a biomedicině, Charta lidských*), zákony, vyhlášky, nařízení, podzákonné předpisy a ostatní (metodické pokyny Ministerstva zdravotnictví, stanoviska odborných společností, pokyny a praxe pojišťoven, vnitřní předpisy zdravotnických zařízení). V ČR je stále platný *Zákon o péči o zdraví lidu č.20/1966 Sb.* a jeho novelizace a od r. 2001 je v ČR platná a závazná *Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny, zkráceně Úmluva o biomedicině*, ustanovená Radou Evropy roku 1997, upravující práva pacientů a povinnosti lékařů (Úřad vlády ČR, 2005).

1.6.2.1 Invalidní důchod

Invalidní důchod je upraven *Zákonem č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění* a jeho novelizací *Zákonem č. 306/2008 Sb.* K posuzování invalidity a určení míry poklesu pracovní schopnosti vyšla *Vyhláška č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity*.

Dávka invalidního důchodu je od roku 2010 rozdělena do 3 stupňů podle poklesu pracovní schopnosti. Invalidní důchod pro invaliditu I. stupně je určen pro osoby s poklesem pracovní schopnosti o 35 až 49 %, invalidní důchod pro invaliditu II. stupně pro osoby s poklesem 50 až 69 % a invalidní důchod pro invaliditu III. stupně je určen pro osoby s poklesem pracovní schopnosti nejméně o 70 %. Míru poklesu stanoví posudkový lékař na základě výsledků ošetřujícího lékaře a odborných vyšetření. Podle stupně poklesu pracovní schopnosti je z ročního vyměřovacího základu vypočtena výše invalidního důchodu (*Vyhláška č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity*).

1.6.2.2 Dávky nemocenského pojištění

Systém nemocenského pojištění ČR upravuje *Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění*. Týká se výdělečně činných osob a jejich odvodů zdravotní pojišťovně na nemocenské pojištění. Z tohoto pojištění jsou hrazené lékařské výkony, léčiva a zdravotnické prostředky. Dále se z něho vyplácí nemocenské dávky, peněžitá

pomoc v mateřství, ošetrovné a vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství (Integrovaný portál MPSV, 2018).

1.6.2.3 Dávky státní sociální podpory

Státní sociální podpora je poskytována osobám v takových sociálních situacích, ve kterých stát přebírá spoluzodpovědnost. V rámci systému sociální podpory jsou úřadem práce vypláceny přídavky na dítě, rodičovské příspěvky, příspěvek na bydlení, porodné a pohřebné. Lze zažádat o dávky pomoci v hmotné nouzi (podle *Zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi*) a o dávky pěstounské péče (podle *Zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí*).

1.6.2.4 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči upravuje *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* a *vyhláška č. 505/2006 Sb.*, k provedení zákona o sociálních službách. Příspěvek na péči je určen osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb a z poskytnutého příspěvku hradí služby, které jim může poskytovat osoba blízká nebo poskytovatel sociálních služeb (domov pro seniory, pečovatelská služba či osobní asistence).

„Nárok na příspěvek má osoba starší 1 roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti.“ Mezi posuzované oblasti základních životních potřeb patří mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. Žádost o příspěvek na péči se podává na krajské pobočce úřadu práce podle trvalého bydliště. O udělení příspěvku je rozhodnuto na základě sociálního šetření a rozhodnutí Lékařské posudkové služby (LPS). Výše příspěvku se v roce 2018 pohybuje v rozmezí od 880 Kč do 13 200 Kč podle stupně závislosti vyšetřované osoby (*Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*).

1.6.2.5 Příspěvek na mobilitu

Příspěvek na mobilitu je opakující se nároková dávka, která je určena osobě starší 1 roku, která má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením ZTP či ZTP/P, opakovaně v kalendářním měsíci se dopravuje nebo je dopravována za úhradu a nejsou

jí poskytovány pobytové sociální služby. Žádost se podává krajské pobočce úřadu práce podle místa trvalého bydliště a lhůta na vydání rozhodnutí o příspěvku činí 60 dnů (Integrovaný portál MPSV, 2018).

Příspěvek na mobilitu v roce 2018 činí 550 Kč měsíčně a vyplácí se zpětně do konce následujícího kalendářního měsíce. Nahrazuje příspěvek na provoz motorového vozidla a individuální dopravu a může být vyplácen převodem na osobní účet nebo poštovní poukázkou (Integrovaný portál MPSV, 2018).

1.6.2.6 Příspěvek na zvláštní pomůcku

Příspěvek na zvláštní pomůcku je určen osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, těžkým sluchovým nebo těžkým zrakovým postižením nebo těžkým mentálním postižením. Příspěvek je poskytován osobám starším 1 roku, které pomůcku využijí k sebeobsluze nebo realizaci pracovního uplatnění, či ji mohou využívat v sociálním prostředí. Jedná se o jednorázovou a nárokovou dávku a výše příspěvku se odvíjí od pořizovací ceny zvláštní pomůcky. Příspěvek lze zažádat i na zvláštní pomůcku, která byla zakoupena v průběhu 12 kalendářních měsíců předem zahájení řízení o poskytnutí příspěvku (Integrovaný portál MPSV, 2018).

Příspěvek lze získat na dodatečnou úpravu motorového vozidla, stavební práce spojené s uzpůsobením koupelny a WC, nájezdové ližiny, přenosnou rampu, schodolez, schodišťovou plošinu a stropní zvedací systém, stavební práce spojené s rozšířením dveří a schodišťové sedačky, dále na pomůcky pro osoby se zrakovým a sluchovým postižením. Maximální výše tohoto příspěvku činí 350 000 Kč; 400 000 Kč v případě příspěvku na pořízení schodišťové plošiny. Příspěvek na pořízení zvláštní pomůcky nižší než 24 000 Kč se poskytuje osobám, které mají příjem nižší než osminásobek životního minima jednotlivce nebo společně posuzovaných osob. Spoluúčast žadatele je ve výši 10 % z ceny pomůcky, nejméně však 1 000 Kč (Integrovaný portál MPSV, 2018).

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÁ OTÁZKA

Pacienti po cévní mozkové příhodě jsou v České republice hospitalizováni v Centrech vysoce specializované cerebrovaskulární péče a Centrech vysoce specializované péče o pacienty s iktem. Z iktových jednotek jsou pacienti překládáni na lůžka se zvýšenou ošetrovatelskou péčí či na rehabilitační oddělení. Rehabilitace pacientů po CMP by měla být zahájena co nejdříve a probíhat, dokud u pacientů dochází ke zlepšení neurologického deficitu. Délka ošetrovatelské péče a sociální podpory závisí na stupni funkčního postižení, míře soběstačnosti a kvalitě rodinného zázemí. Hlavním cílem u pacientů po CMP je především zvýšení jejich soběstačnosti ve výkonu běžných denních činností a zajištění včasného návratu do domácího prostředí (Winstein et al., 2016).

Propuštění pacienta do domácího prostředí může mít pozitivní vliv na proces jeho zotavení. Následná rehabilitace by měla probíhat optimálně v domácím prostředí pacienta a měla by být kontrolována interprofesním týmem ve složení praktického lékaře, odborných lékařů a zdravotnických pracovníků (Clemson et al., 2016). Před propuštěním pacienta do domácího prostředí je důležitá edukace pacienta a jeho rodinných příslušníků, zajištění bezpečnosti v domácím prostředí a soběstačnosti ve všech prováděných běžných denních činnostech.

2.1.1 Cíle práce

Hlavním cílem práce je zvýšení soběstačnosti u pacientů po CMP prostřednictvím zlepšení informovanosti a vyššího zapojení pacientů a jejich rodin do konkrétních možností rehabilitace (léčebné, sociální, pedagogické, pracovní), která je pro pacienty dostupná v jejich regionu i v domácím prostředí.

Cílem této diplomové práce je sestavení edukačního materiálu „*Cévní mozková příhoda. Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny.*“ a jeho distribuce mezi pacienty. Dalším cílem je získání zpětné vazby k vytvořenému edukačnímu materiálu a posouzení jeho užitečnosti u pacientů po CMP, propuštěných do domácího prostředí.

2.1.2 Výzkumná otázka

Hlavní výzkumná otázka této práce byla formulována následovně: „*Má „Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny“ přínos u pacientů po cévní mozkové příhodě?*“

2.2 „SOUBOR DOPORUČENÍ PRO PACIENTY A JEJICH RODINY“

Propuštění z nemocnice do domácího prostředí je především pro starší pacienty kritické z důvodu nižších funkčních schopností a zvýšeného rizika nežádoucích účinků. Návrat je spojen s úkoly, riziky, snížením soběstačnosti a kontroly a strachu z neúspěchu. Pro pacienty je velice důležité zvýšení jejich informovanosti o dostupných službách, možnostech zajištění bezpečnosti domácího prostředí a dostupnosti potřebných služeb. Poradenství v oblasti ergoterapie může pacientovi umožnit zajištění blahobytu a preventivních strategií, zvýšení soběstačnosti v domácím prostředí a možnosti konzultace (Clemson et al., 2016). Z časových a finančních důvodů je bohužel téměř nemožné zajistit u všech pacientů domácí návštěvu ergoterapeuta, který by společně s pacientem domácí prostředí zhodnotil, případně navrhl jeho úpravy a vybavení kompenzačními pomůckami. Z toho důvodu se v České republice usiluje o zvýšení informovanosti pacientů před propuštěním z nemocnice. V rámci praktické části této diplomové práce byl vytvořen „*Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny*,“ jehož cílem je poskytnout pacientům po CMP a jejich rodinám přehledný soubor informací, které jsou důležité pro zvýšení soběstačnosti pacientů v domácím prostředí.

2.2.1 Vznik Souboru doporučení

Podnět ke vzniku uceleného edukačního materiálu vznikl na základě výsledků bakalářské práce s názvem „*Ergoterapeutická intervence u pacientů po cévní mozkové příhodě v akutní fázi. Přehled zásad a doporučení pro pacienty po propuštění z lůžek*,“ vydané v roce 2016, ve které bylo po dotazníkovém šetření zjištěno nedostatečné informování pacientů o možnostech rehabilitace po propuštění do domácího prostředí. V rámci praktické části této diplomové práce bylo cílem rozpracovat původní přehled o další praktické informace a nově i o kontakty

na dostupné služby v rámci následné rehabilitace. Informace byly cíleny pro pacienty i jejich rodinné příslušníky.

Informace do nově vznikajícího „*Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“ byly čerpány převážně z dostupné české i zahraniční literatury, specializující se na možnosti rehabilitace pacientů po CMP. Zajímavé informace byly přeloženy například z anglické příručky *Learning about Stroke. A guide for Patients and Families*, vydané roku 2012 v rámci projektu Dartmouth-Hitchcock Medical Center a publikace s názvem *Occupational therapy and Stroke* (Edmans, 2010). Z českých zdrojů byla využita *Příručka pro osoby se získaným poškozením mozku a jejich rodiny* (Erudis, o.p.s., 2014), dále publikace *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu* (Feigin, 2007), publikace *Spasticita a její léčba* (Štětkářová, 2012) a brožurky pro pacienty, vydávané specializovanými centry (ERGOAktiv, o.p.s. a Cerebrum - Sdružení osob se získaným poškozením mozku a jejich rodin).

Všechny nalezené důležité informace byly zpracovány do praktických návodů, které mají být pacientům a jejich rodinám přínosné. Pro zpracování informací byla zvolena jednoduchá struktura textu a poznámek, přehledné grafické úpravy a doplnění obrázky, jejichž autorkou je Bc. Kateřina Holubová. Zpracované informace byly doplněny o aktuální znění legislativních zákonů a vyhlášek, seznam nabízených služeb a kontakty z aktuálních webových zdrojů a katalogů firem.

Vytvořený „*Přehled doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“ byl prokonzultován s vedoucí diplomové práce, Mgr. Alicí Oktábcovou a na vlastní náklady autorky vytištěn a distribuován mezi pacienty na Lůžkách včasné rehabilitace VFN v Praze v rámci poradenského rozhovoru s pacienty.

2.2.2 Obsah edukačního materiálu

„*Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“ obsahuje praktické informace, týkající se cévní mozkové příhody, doprovodných příznaků, následků a praktických rad pro pacienty. Jedná se o ucelený edukační materiál, který obsahuje mimo jiné i kontakty na společnosti a organizace pro zajištění soběstačnosti pacientů v domácím prostředí a další možnosti rehabilitace. Edukační materiál je psán stručně a přehledně a doplňují jej obrázky pro lepší pochopení situace. Je Přílohou č. 5 této diplomové práce a shrnuje následující oblasti rehabilitace:

- představení cévní mozkové příhody, příznaky a následky CMP;
- možnosti snížení rizik vzniku CMP;
- možnosti další rehabilitace, návrat do běžného života;
- úpravy domácího prostředí a možnosti finanční podpory;
- léčba spasticity, předcházení bolesti, užívání léků a prevence únavy;
- možnosti sociálních příspěvků, návrat do zaměstnání;
- návrat k řízení automobilu a volnočasové aktivity.

2.3 METODOLOGIE DIPLOMOVÉ PRÁCE

2.3.1 Typ práce

„Soubor doporučení pro osoby po cévní mozkové příhodě a jejich rodiny po propuštění z včasných iktových lůžek“ je výzkumná práce, která shrnuje informace pro pacienty po cévní mozkové příhodě. V rámci práce byl vytvořen edukační materiál pro pacienty produktivního i postproduktivního věku po cévní mozkové příhodě a jejich rodiny. Přehledný materiál, obsahující praktické informace, byl doplněn o kontakty na společnosti a organizace pro zajištění soběstačnosti pacientů v domácím prostředí a další možnosti rehabilitace.

Praktická část práce se zaměřuje na získání zpětné vazby k *„Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny“* od pacientů, kterým byl edukační materiál před propuštěním do domácího prostředí předán. Zpětná vazba byla získávána pomocí rozhovorů s pacienty v odstupu 3 měsíců po propuštění do domácího prostředí. Cílem práce bylo prokázat přínos přehledu u pacientů po CMP pomocí kvalitativního výzkumu.

Mezi charakteristiky kvalitativního výzkumu patří delší a intenzivní kontakt s jedinci výzkumného vzorku, snaha o získání komplexního pohledu a menší využití standardizovaných metod pro získání dat. Data v kvalitativním výzkumu zahrnují přepisy terénních poznámek z pozorování a rozhovorů, osobní komentáře, poznámky, nahrávky a fotografie a další prostředky, charakterizující běžný život zkoumaných osob. Cílem výzkumu je izolace určitých témat a objasnění způsobu a organizace všedních aktivit osob (Hendl, 2008).

Tabulka 7: Přednosti a nevýhody kvalitativního výzkumu (Hendl, 2008)

Přednosti kvalitativního výzkumu	Nevýhody kvalitativního výzkumu
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Získává podrobný popis a vzhled při zkoumání jedince, skupiny, události, fenoménu. ▪ Zkoumá fenomén v přirozeném prostředí. ▪ Umožňuje studovat procesy. ▪ Umožňuje navrhnout teorie. ▪ Dobře reaguje na místní situace a podmínky. ▪ Hledá lokální (idiografické) příčinné souvislosti. ▪ Pomáhá při počáteční exploraci fenoménů. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Získaná znalost nemusí být zobecnitelná na populaci a do jiného prostředí. ▪ Je těžké provádět kvantitativní predikce. ▪ Je obtížnější testovat hypotézy a teorie. ▪ Analýza dat i jejich sběr jsou často časově náročné etapy. ▪ Výsledky jsou snadněji ovlivněny výzkumníkem a jeho osobními preferencemi.

2.3.2 Metody získávání dat

2.3.2.1 Etické aspekty výzkumu

Pro dodržení etických hledisek bylo před zahájením ergoterapeutické intervence na Lůžkách včasné rehabilitace VFN zažádáno o umožnění ergoterapeutického předvýzkumu v souvislosti s odbornou praxí. Etická komise Všeobecné fakultní nemocnice (VFN) v Praze vydala k provedení práce „*Soubor doporučení pro osoby po cévní mozkové příhodě a jejich rodiny po propuštění z včasných iktových lůžek*“ na Geriatrické klinice 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze souhlasné stanovisko s podmínkou záruky anonymizace upřesněných videozáznamů a audiozáznamů v Souhlasu s pořízením a nakládáním s fotodokumentací.

Všichni účastníci předvýzkumu obdrželi v rámci poradenského rozhovoru při předání „*Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“ informace o charakteru výzkumu a jeho cílech a podepsali informovaný souhlas klinického výzkumu. Do informovaného souhlasu spadalo i zachování anonymity osob, ochrana informací a právo účastníků v průběhu odstoupit od výzkumu. Zároveň pacienti podepsali informovaný souhlas s pořízením a nakládáním s fotodokumentací, videozáznamem či audiozáznamem. Vzory využitých informovaných souhlasů jsou k nalezení v Příloze č. 2 a Příloze č. 3.

2.3.2.2 Sběr dat

Metody získávání kvalitativních dat zahrnují dotazování, pozorování a sběr dokumentů (Hendl, 2008). V rámci tohoto kvalitativního předvýzkumu byla data shromažďována na Lůžkách včasné rehabilitace VFN od pacientů po cévní mozkové příhodě a jejich rodinných příslušníků. Kvalitativní data byla od pacientů a jejich rodin

sbírána formou rozhovoru v rámci výstupního ergoterapeutického vyšetření a následně v odstupu 3 měsíců po propuštění do domácího prostředí. Strukturou otázek byla mapována informovanost pacientů o možnostech následné rehabilitace, využitelnost získaných informací a zpětná vazba k „*Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“. K získání dat byl využit polostrukturovaný rozhovor.

Polostrukturovaný rozhovor měl předem připravený seznam otázek, ale forma jeho odpovědí zůstala poměrně volná. Rozhovor byl strukturován tak, aby byla brána v potaz unavitelnost pacienta a schopnost jeho soustředění na položené otázky. Z rozhovoru byla v případě souhlasu pacienta pořízena audionahrávka pro zajištění přesného zpracování dat.

2.3.2.3 Polostrukturovaný rozhovor

Na rozdíl od strukturovaného rozhovoru s uzavřenými otázkami má polostrukturovaný rozhovor výhody v možnostech získání subjektivního pohledu a názorů dotazovaného, možnost navržení možných vztahů a souvislostí a možnost tematizace konkrétních podmínek. Navíc umožňuje výzkumníkovi přezkoušení, zda dotazovaný porozuměl otázkám. „*Kvalitativní rozhovor není pouze sběrem dat, ale může mít i intervenční charakter*“ (Hendl, 2008).

2.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Pro ověření užitečnosti informací byl pro tuto práci vybrán účelový vzorek pacientů v akutní fázi CMP, kteří byli hospitalizováni na Lůžkách včasné rehabilitace VFN v období od listopadu 2017 do ledna roku 2018. Do vzorku byli zahrnuti nejen spolupracující pacienti s dobrými komunikačními schopnostmi, ale i pacienti s částečným omezením porozumění a řeči. Výzkumu se mohly účastnit i osoby se závažnými zdravotními komplikacemi, výrazným kognitivním deficitem a těžšími fatickými poruchami, pacienti s fyzickým postižením i pacienti plně závislí na druhé osobě. Klíčovým bodem pro výběr (pro možné ověření užitečnosti „*Souboru doporučení*“) byl návrat pacientů do domácího prostředí a možnost následné rehabilitace.

Do vzorku byli záměrně vybráni pacienti různých věkových kategorií, různé míry schopností ADL a kognitivních funkcí pro zahrnutí zpětné vazby od co nejširšího spektra pacientů. Všichni účastníci výzkumu obdrželi v rámci poradenského rozhovoru při předání souboru doporučení informace o charakteru výzkumu a jeho cílech a podepsali informovaný souhlas, aby byla dodržena etická hlediska výzkumu.

Výzkumnou skupinu tvořil účelový výběr 10 pacientů v akutní fázi po cévní mozkové příhodě, kteří před propuštěním do domácího prostředí obdrželi vytvořený edukační materiál.

2.4.1 Pacient č. 1 (pan V.) - muž, 67 let

NO: přijat pro iCMP v levé hemisféře po probuzení při účinné warfarinizaci s manifestací těžké pravostranné hemiparézy a diskrétní centrální léze n. VII.

PA: nyní SD, dříve pracoval jako letecký inženýr, poté v tiskárně

SA: ženatý, bydlí s manželkou, byt s výtahem

Kouření: kuřák, 10 cigaret denně

Kompenzační pomůcky: před hospitalizací nevlastnil

Mobilita: přetáčení a vertikalizace do sedu zvládá samostatně, vertikalizace do stoje se zevní oporou, chůze s oporou

Soběstačnost ADL: soběstačný ve většině personálních ADL, nutná dopomoc druhé osoby při oblékání dolní poloviny těla, koupání a chůzi, instrumentální ADL s dopomocí

Kognitivní funkce: pacient orientovaný místem, časem, osobou, psychomotorické tempo mírně zpomalené, komunikace ovlivněna dysartrií, zhoršena artikulace

2.4.2 Pacient č. 2 (paní D.) – žena, 68 let

NO: edém mozku, ischemická etiologie, organický psychosyndrom a neurologická postižení parietálně vpravo

PA: nyní SD, dříve pracovala jako pokladní v Albertu

SA: bydlí s manželem, RD se zahradou

Kompenzační pomůcky: neměla

Mobilita: přetáčení a vertikalizace do sedu zvládá samostatně, mírná zevní opora při vertikalizaci do stoje a chůzi

Soběstačnost ADL: částečná soběstačnost v personálních ADL, nutná dopomoc při osobní hygieně, koupání, oblékání i svlékání dolní poloviny těla, sebesycení, instrumentální ADL zastává manžel

Kognitivní funkce: pacientka orientována místem, časem, osobou, psychomotorické tempo mírně zpomalené, mírně zhoršena pozornost a krátkodobá paměť, porucha prostorového vnímání, projevující se při čtení, psaní

2.4.3 Pacient č. 3 (paní J.) – žena, 43 let

NO: ischemická cévní mozková příhoda v povodí aa. centrales anterolaterales I. sin., odeznívající lehká pravostranná hemiparéza a centrální paréza n. VII

PA: v současné době v pracovní neschopnosti, prodavačka v domácích potřebách

SA: žije s rodinou (matkou a synem), svobodná, byt s výtahem 6. patro

Kompenzační pomůcky: sedačka do vany (po otci)

Mobilita: mobilitu na lůžku a vertikalizace do sedu i do stoje zvládá samostatně, ve stoji a při chůzi mírně nestabilní, nutný dohled terapeuta, chůze po schodech s dohledem a oporou o zábradlí

Soběstačnost ADL: soběstačnost v personálních ADL, dopomoc nutná pouze při nakrájení potravy (pro sníženou svalovou sílu) a při osobní hygieně

Kognitivní funkce: pacientka orientována místem, časem, osobou, psychomotorické tempo v normě, zhoršené soustředění

2.4.4 Pacient č. 4 (pan M.) – muž, 70 let

NO: ischemická cévní mozková příhoda v povodí ACM sin, kardioembolizační etiologie, centrální paréza n. VII.

PA: nyní SD, dříve brigádník

SA: 3x rozvedený, bydlí na ubytovně, má dceru v Praze

Kompenzační pomůcky: neměl

Mobilita: přetáčení a vertikalizace do sedu i do stoje zvládá samostatně, ve stoji mírně nestabilní, chůze s 1 FH, nestabilní, nutný dohled terapeuta

Soběstačnost ADL: částečně soběstačný v personálních ADL, nutná dopomoc s nakrájením jídla při sebesycení, oblékáním a svlékáním dolní poloviny těla, občas inkontinentní, instrumentální ADL nevykonává

Kognitivní funkce: pacient orientovaný místem, časem, osobou, psychomotorické tempo mírně zpomalené, mírná kognitivní porucha (především v krátkodobé paměti), zhoršena grafomotorika

2.4.5 Pacient č. 5 (pan H.) – muž, 72 let

NO: ischemická cévní mozková příhoda v povodí ACM sin, manifestující se lehkou pravostrannou hemiparézou incl. Centrální léze n. VII vpravo, středně těžkou dysartrií a smíšenou fatickou poruchou s progresí hemiparézy do středně těžké s akcentací na pravé horní končetině, kde akrálně až plegie

PA: nyní SD, dříve učitel

SA: žije s manželkou v bytě ve 4. patře s výtahem

Kompenzační pomůcky: neměl

Mobilita: přetáčení a vertikalizace zvládá samostatně, chůze s oporou o 1VH, s dopomocí 1 osoby

Soběstačnost ADL: částečně soběstačný v personálních ADL, nutná dopomoc s nakrájením jídla při sebesycení, osobní hygienou a koupáním, oblékáním a svlékáním dolní poloviny těla

Kognitivní funkce: pacient orientovaný místem, časem, osobou, psychomotorické tempo mírně zpomalené, komunikace ovlivněna fatickou poruchou, porozumění v normě, kognitivní funkce nelze vyšetřit pro fatickou poruchu

2.4.6 Pacient č. 6 (pan J.) – muž, 63 let

NO: subakutní cévní mozková příhoda v povodí ACM dx., manifestující se v úvodu středně těžkou levostrannou hemiparézou s postupnou regresí do lehkého stupně

PA: žije se zedničinou, práce načerno, nemá zaměstnavatele

SA: bez domova, žije na ulici od léta 2017, svobodný, bezdětný, má sestru, ale nestýká se s ní

Kompenzační pomůcky: neměl

Mobilita: přetáčení a vertikalizace do sedu zvládá samostatně, vertikalizace do stoje a chůze se čtyřkolovým chodítkem s dopomocí 1 osoby

Soběstačnost ADL: částečně soběstačný v personálních ADL, nutná dopomoc s nakrájením jídla při sebesycení, osobní hygienou a koupáním, oblékáním a svlékáním dolní poloviny těla, chůzí a přesuny

Kognitivní funkce: pacient orientovaný místem, časem, osobou, psychomotorické tempo v normě, mírná kognitivní porucha v prostorové orientaci, pozornosti a v krátkodobé paměti

2.4.7 Pacient č. 7 (paní B.) – žena, 72 let

NO: ischemická cévní mozková příhoda ve vertebrobasilárním povodí s kompresí mozkového kmene a rozvojem obstrukčního hydrocefalu embolizační etiologie, st.p. dekompresní kranietomie zadní jámy lební, přechodně zevní komorová drenáž

PA: nyní SD, dříve pracovala jako aranžérka

SA: bydlí s manželem

Kompenzační pomůcky: neměla

Mobilita: přetáčení a vertikalizace do sedu zvládá s dopomocí 1 osoby, stoj a chůze se zevní oporou o čtyřkolové chodítko s dohledem terapeuta

Soběstačnost ADL: částečně soběstačná, nutná dopomoc ve všech oblastech ADL

Kognitivní funkce: pacientka orientována místem a osobou, neorientována časem, psychomotorické tempo zpomalené, porucha prostorové orientace, pozornosti a krátkodobé paměti, výbavnosti slov

2.4.8 Pacient č. 8 (paní M.) – žena, 76 let

NO: ischemická cévní mozková příhoda v povodí ACM I.dx. na podkladě okluze ACC I.dx., etiologicky v. s. embolizačního charakteru

PA: nyní SD, pobírá starobní důchod

SA: bydlí sama ve 4. patře bez výtahu, navštěvuje ji dcera s vnukem, rodinné zázemí dobré.

Kompenzační pomůcky: neměla

Mobilita: na lůžku mobilní, zvládá samostatně vertikalizace do sedu a stoje, chůzi po rovině a v terénu s 1 VH, schody s oporou o zábradlí

Soběstačnost ADL: soběstačná, nezvládá úpravu vlasů, obtíže při zapínání knoflíků, tkaniček, přesuny zvládá samostatně

Kognitivní funkce: pacientka orientována místem, časem a osobou, velmi motivována, spolupracující. Dle objektivního vyšetření kognitivní funkce v normě, komunikace bez potíží.

2.4.9 Pacient č. 9 (pan R.) – muž, 77 let

NO: ischemická cévní mozková příhoda v povodí a.cerebri media sinistra.

PA: nyní SD, dříve pracoval jako malíř, grafik

SA: bydlí s manželkou v rodinném domě, schody ke vchodu

Kompenzační pomůcky: neměl

Mobilita: na lůžku mobilní, samostatně zvládá vertikalizace do sedu a stoje, chůze s dohledem 1 osoby po rovině podle stavu s využitím 1VH či se čtyřkolovým chodítkem, schody s dohledem 1 osoby oporou o zábradlí.

Soběstačnost ADL: závislý na dopomoci druhé osoby téměř ve všech činnostech pADL

Kognitivní funkce: pacient orientovaný místem, časem a osobou, spolupracující. Komunikace zhoršená pro afázii, občas nesrozumitelná slova, zhoršené vyjadřování.

2.4.10 Pacient č. 10 (pan N.) – muž, 65 let

NO: pacient v lednu prodělal ischemickou CMP s manifestací pravostranné hemiparézy, diabetes mellitus II. typu, v minulosti prodělal 3x infarkt myokardu

ŠA: ukončené základní vzdělání a výuční list v oboru řezník uzenář

PA: v současné době pracující důchodce (služby 2 dny v týdnu, spíše o víkendech), člen ochranky na recepci budovy, dříve pracoval jako řezník

SA: SD, přivydělává si jako člen ochranky, nyní bude žádat o pracovní neschopnost; žije s manželkou v bytě ve 4. patře, bez výtahu, přibližně 100 schodů, zábradlí po levé ruce; v koupelně vana - nevlastní žádnou kompenzační pomůcku pro přesun do vany

Zájmy: práce, pes, přátelé

Kompenzační pomůcky: 1 vycházková hůl, brýle na čtení

Mobilita: Na lůžku zcela soběstačný, mobilní, samostatně zvládá vertikalizace do sedu, do stoje, přesuny, stoj a chůzi po rovině. Chůze s 1 vycházkovou holí a chůze po schodech s doprovodem 1 osoby. Při chůzi zvýšené riziko pádů.

Soběstačnost ADL: V personálních ADL zcela samostatný, bez dopomoci zvládá i osobní hygienu, koupání a oblékání dolní poloviny těla. Plně kontinentní. iADL vykonává manželka

Kognitivní funkce: Pacient orientován osobou, místem i časem, mírný deficit v prostorové orientaci (kreslení cesty v MoCA testu). Reaguje adekvátně, rozumí, udrží pozornost. Mírné snížení krátkodobé paměti (při vybavnosti zapamatovaných slov), dlouhodobá paměť bez patologických změn. Řeč, počítání a čtení bez patologie.

2.5 SBĚR DAT PACIENTŮ

Výzkum na Lůžkách včasné rehabilitace probíhal v provedení ergoterapeutického výstupního vyšetření pacientů po CMP, poradenství ohledně možností rehabilitace v domácím prostředí, předání edukačního materiálu a získání zpětné vazby k tomuto materiálu po 3 měsících v domácím prostředí.

2.5.1 Vyšetření

V rámci hospitalizace na Lůžkách včasné rehabilitace VFN v Praze proběhlo u všech pacientů vstupní a výstupní ergoterapeutické vyšetření pro porovnání výsledků rehabilitace. V rámci těchto vyšetření byla zjišťována anamnéza pacientů, nynější onemocnění, rodinná anamnéza, pracovní a sociální anamnéza, osobní anamnéza, alergická a farmakologická anamnéza, kouření a abus. Dále byly vyšetřovány kognitivní a psychosociální funkce (orientace, psychomotorické tempo, komunikace), mobilita pacientů (přetáčení, sed, přesuny, stoj, chůze a chůze po schodech), soběstačnost pacientů v běžných denních činnostech (osobní hygiena, koupání, oblékání a svlékání, sebesycení, použití WC, kontinence moči a stolice a přesuny) a využití kompenzačních pomůcek. Dále u všech pacientů proběhlo funkční vyšetření horních končetin, změření funkčních rozsahů pohybu, vyšetření koordinace prstů a úchopů. Z testových metod byly využity test *FIM a Barthel Index* pro hodnocení soběstačnosti při výkonu ADL, *Apraxia Screen of TULIA* pro vyšetření apraxie a *Albert's test* pro průkaz neglect syndromu a *MoCA* pro screeningové zhodnocení kognitivních funkcí.

2.5.1.1 Testy k vyšetření soběstačnosti v oblasti ADL

Funkční míra nezávislosti (FIM) byla vyvinuta pro zvýšení citlivosti a komplexnosti vyšetření všedních denních činností v návaznosti na využívání Barthel Indexu. FIM byl vyvinut tak, aby umožnil jednotný systém hodnocení zdravotního postižení dle ICF (Zeltzer, 2009).

Funkční míra hodnocení byla poprvé představena v roce 1983. Přeložil ji American Congress of Rehabilitation Medicine and American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation jako propagaci Barthel Indexu. Jedná se o nástroj srovnání výsledků rehabilitace, měření pokroku pacientů a plánování protokolů léčby. Je zaměřena na přesnější hodnocení funkčního stavu pacientů v různých oblastech

ADL, které zahrnují: péči o sebe, stravování, péči o pleť, koupání, oblékání, toaletu, polykání, kontrolu svěračů, pohyblivost, přesuny a lokomoci. Obsahuje 18 položek, z toho 13 položek fyzických, 5 položek zaměřených na kognice (Rayegani et al, 2016).

FIM hodnotí na stupnici od 1 do 7 činnosti, které může jednotlivec vykonávat podle míry asistence. Reliabilita testu se pohybuje v rozmezí od 0,86 do 0,88, validita testu je souběžná s Barthel Indexem ICC > 0,83

2.5.1.2 Apraxia screen of TULIA (AST)

Apraxie patří mezi běžné motorické dysfunkce vyššího řádu a je spojena hlavně s poškozením mozku levé hemisféry. Je charakterizována neschopností správně vykonávat naučené pohyby končetin, které nejsou zahrnuty do elementárního motorického a smyslového postižení, nebo poznávacího deficitu. Apraxie brání aktivitám každodenního života (ADL) a může vést k trvalé invaliditě u pacientů s mozkovou mrtvicí. Pro její vyšetření byl vyvinut test Apraxia Screen of Tulia (Vanbellingen et al., 2011).

Screeningový test k vyšetření apraxie obsahuje 12 položek vybraných z komplexnějšího testu apraxie horních končetin TULIA. Položky představují všechny sémantické kategorie: imitace nesymbolických gest (například palec na čelo), imitace netransitivních gest (předvedení použití konkrétního nástroje) a imitace transitivních gest k předvedení využití konkrétního nástroje, například napítí se ze sklenice. Metoda hodnocení tohoto testu byla rozdělena na 2 možnosti bodování „0 = neprovede a 1 = provede“. Celkem pacient může získat 12 bodů a hodnocení se v případě dobrých motorických schopností pacienta provádí pro obě horní končetiny. Specifita tohoto testu byla vypočtena na 0,93, sensitivita 0,88 pro mírné a těžké apraktiky (Vanbellingen et al., 2010).

2.5.1.3 Albert's test (AT)

U neurologických pacientů se poměrně často setkáváme s neglect syndromem, který se projevuje opomíjením poloviny prostoru kontralaterálně k cerebrální lézi. K vyšetření neglect syndromu je u pacientů po CMP využíván Albertův test s křížením čar. Úkolem pacienta je překřížit všechny v různých směrech orientované čáry, umístěné na papíře. V případě opomíjení jedné strany lze u pacienta diagnostikovat neglect syndrom (Fullerton et al., 1986).

Obrázek 5: Albertův test u pacienta s pravostranným neglect syndromem

(Fullerton et al., 1986)



2.5.1.4 Montrealský kognitivní test (MoCA)

Montrealský kognitivní test je krátké hodnocení k odhalení kognitivních poruch či lehké demence. Hodnotí kognitivní funkce v oblasti zrakově prostorových a exekutivních úloh, pojmenování, paměti, pozornosti, řeči, abstrakce a pozdějšího vybavení slov. Hodnotí celkem 13 položek (zručnost, prostorovou orientaci, zrakovou konstrukční zručnost, pojmenování zvířete, paměť, pozornost opakování písmen, odečítání, opakování vět, vybavování slov, abstrakci a orientaci). Pacient může dosáhnout maximálního bodového skóre 30 bodů a norma hodnocení je v rozsahu od 30 do 26 bodů (Křivošiková, 2011).

Montrealský kognitivní test byl navržen jako rychlá mini-mentální zkouška (MMSE) pro zjištění kognitivní poruchy. Je určena klientům s poruchami paměti, kteří mají skóre v normálním rozsahu MMSE. Podle validační studie byla sensitivita testu MoCA 90 % a specifická testu 87 % (Nasreddine et al., 2005).

2.5.2 Poradenství v oblasti rehabilitace

Před propuštěním do domácího prostředí byla u všech pacientů výzkumného vzorku sbírána data, užitečná k hodnocení funkčních motorických schopností pro udržení soběstačnosti v běžných denních činnostech a kognitivní oblasti pro zajištění bezpečnosti v domácím prostředí. Na základě získaných dat byl pacientům a jejich rodinám před propuštěním do domácího prostředí předán edukační materiál „Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny“ s poradenstvím v oblasti bezpečnosti

a soběstačnosti v domácím prostředí, možností další rehabilitace a poradenství v sociální oblasti. S každým pacientem byl probrán edukační materiál a jeho obsah, předány tipy a kontakty pro zajištění dalších možností v rámci domácího prostředí. Zároveň u některých pacientů proběhla schůzka rodin s interprofesním týmem, kde byly zmíněny další možnosti a případná doporučení od jednotlivých odborných pracovníků.

2.5.3 Kvalitativní rozhovory

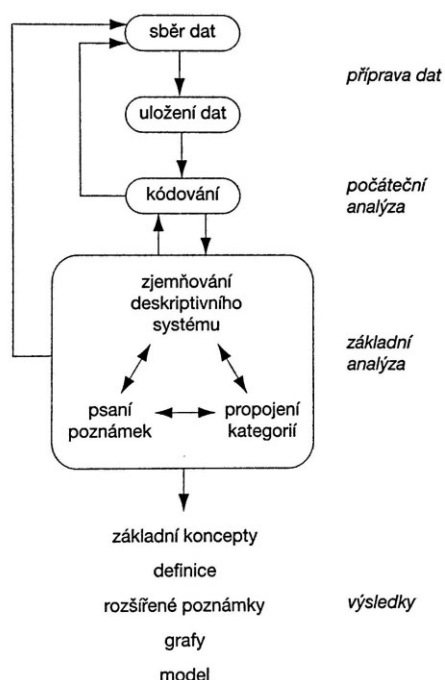
V odstupu tří měsíců po propuštění pacientů do domácího prostředí byl proveden rozhovor s pacienty i s jejich nejbližšími rodinnými příslušníky. V těchto rozhovorech byla zjišťována kvalita života pacientů, soběstačnost v domácím prostředí, průběh rehabilitace, možnost jejich seberealizace a hodnocení předaného edukačního materiálu. K získání dat byl využíván strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami, které mapovaly důležité oblasti pro vyhodnocení této studie. Ukázka struktury rozhovoru je v *Příloze č. 4*. Otázky rozhovoru byly předem pečlivě formulované, s relativně omezenou možností ptát se i na jiné věci ve snaze omezit, že se získaná data budou u jednotlivých rozhovorů strukturně lišit.

Rozhovory probíhaly většinou v domácím prostředí pacientů. Pro umožnění doslovné transkripce rozhovorů byly se souhlasem pacientů ze všech rozhovorů získány audionahrávky a zapisovány terénní poznámky. U tří pacientů nebyla z jejich strany povolena osobní schůzka k vedení rozhovoru v domácím prostředí, proto tyto dva rozhovory byly provedeny pomocí telefonního hovoru, což znemožnilo zúčastněné pozorování v průběhu rozhovoru.

2.6 METODY ANALÝZY DAT

Získaná kvalitativní data byla zpracovávána přepisem rozhovoru s následnou analýzou přepisu (případně i nahrávky), publikací výsledků analýzy s úryvky z rozhovorů a archivací rozhovorů. K postupu zpracování byl využit proces jednotlivých etap a výsledků podle Glasera a Strausse, který je zachycen na Obrázku 6. Zpětné smyčky v tomto schématu naznačují možnost opakování výzkumného procesu.

Obrázek 6: Blokové schéma zakotvené teorie (Glaser et Strauss, 2008)



2.6.1 Zpracování dat

Po dokončení sběru bylo k přepisu kvalitativních dat využito techniky doslovné transkripce.

Hendl ve svém díle s názvem *Kvalitativní výzkum* z roku 2008 nazývá transkripční proces převodu mluveného projevu do písemné podoby, potřebnou pro podrobné vyhodnocení kvalitativní studie. Na rozdíl od ostatních způsobů zpracování dat umožňuje doslovná transkripce možnost očištění dat (vypuštění opakovaných výpovědí, případně integrace podobných výpovědí), zdůraznění důležitých míst rozhovoru, vkládání komentářů, vytváření seznamů a srovnávání jednotlivých míst v textu.

2.6.2 Kategorizace a kódování rozhovorů

Kódování rozhovorů slouží k interpretaci a konceptualizaci. Jeho účelem je převod získaných dat do zpracovatelné podoby, nejčastěji v podobě textu. Při zpracování kvalitativních dat se rozlišují tři způsoby kódování - otevřené kódování, axiální kódování a selektivní kódování. Cílem *otevřeného kódování* je rozbor analyzovaného textu a jeho zařazení do obecnějších konceptů nebo kategorií. Při *axiálním kódování* výzkumník uvažuje nad sloučením konceptů do kategorií a provádí analýzu vztahů mezi kategoriemi. *Selektivní kódování* je využíváno v závěru analýzy a stanovuje hlavní kategorie, důležité pro zdroj nové teorie (Hendl, 2008).

Tabulka 8: Kategorie rozhovoru

Kvalita života	současný stav situace problémové oblasti života
Soběstačnost	soběstačnost v domácím prostředí využití kompenzačních pomůcek
Následná rehabilitace	rehabilitace v domácím prostředí ambulantní forma rehabilitace plánovaná rehabilitace
Seberealizace	typický den práce a zájmy péče o domácnost, úklid, vaření setkání s přáteli
Využití „Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny“	využití konkrétních rad důležité oblasti užitečnost
Hodnocení „Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny“	zajímavé oblasti chybějící informace celkové hodnocení

Pro umožnění redukce, třídění a řazení rozhovorů bylo využito jejich kategorizace. Pro získané rozhovory s pacienty byly vytvořeny následující kategorie rozhovoru, uvedené v *Tabulce 8*. Tyto kategorie byly vybrány pro zhodnocení užitečnosti „*Přehledu doporučení u pacientů a jejich rodin*“.

2.6.2.1 Kategorie č. 1 – Kvalita života

Rozhovorem byla zjišťována kvalita života pacientů po propuštění z nemocnice do domácího prostředí. Někteří z pacientů hodnotili svůj současný stav pozitivně a byli rádi, že jsou v domácím prostředí. V rozhovorech se objevovaly podobná tvrzení typu: „*Jo, už je to mnohem lepší, protože jsem doma*“ (pan V.), „*Jo, docela dobře se mám, jsem rád, že už tam nemusím být, i když na mě teda byli hodný*“ (pan N.). „*Úplně v pohodě*“ (paní J.). Jedna z pacientek se za důležitého doprovodného úsměvu i pochlubila svými úspěchy: „*Vidíte, jak už krásně chodím? A nosím ruce?*“ (paní M.).

Jako časté problémové oblasti byly udávány motorické funkce horních končetin. Paní D vysvětlila: „*Tak ta levá ruka prostě - já unesu všechno těžkýho, no ale co je lehoučký tak to prostě (směje se) – je to trošičku problém no.*“

Většina z pacientů udávala velkou podporu rodiny. Pan H uvedl: „*Jo, docela to jde, mně hodně pomáhá manželka, která se mnou všechno zařizuje.*“ Paní D se svěřila se slovy: „*Snažím se. Snažím se, no. Dělá, co můžu a tak...Ale tak bála jsem se vyjít ven (směje se). Jo, už jsem to, teďko jsem minulej tejden, ten tejden, co byl, tak jsem vyšla dva dny s manželem ven.*“ 3 pacienti uvedli zdravotní komplikace, které ovlivnily jejich rehabilitaci po cévní mozkové příhodě a kvalitu jejich života. Paní M. popsala své zdravotní omezení: „*No ale řeknu vám, že jsem tady sebou flákla, byla jsem na to, že mám epilepsii*“ Pan R. udával silnou bolestivost horní končetiny, především ramenního kloubu: „*Bolí mě ta ruka tady, tady (ukazuje si na rameno), vyzařuje to sem ta palčivá bolest, pak vyvstává taková, vždycky vyvstává, jenže s tím nemůžu už nic dělat. Pač jsem se snažil dělat takhle, takhle (zvedá předloktí), a takhle – ne!*“ Pan M popsal svůj zdravotní stav: „*Prosim vás, já jsem byl teďka na Homolce, dělali mi, dělali mi, počkejte, já to najdu, izolaci plicních žil, takže teďka jsem v rekonvalescenci jo, špatně chodím.*“

Sociální situaci pacienti zhodnotili ve většině případů pozitivně. Výjimkou byl pacient, který byl před CMP bez domova a svou současnou situaci po propuštění z nemocnice zhodnotil následovně: „*Jo já bydlím teď v azylovém domě. Sháníme ještě něco jinýho s paní, jako je to tu dobrý, ale je to na prd. Oni sem chodí bezdomovci a ožralové a tak.*“

2.6.2.2 Kategorie č. 2 – Soběstačnost pacientů

Ve skupině vyšetřovaných pacientů byli 3 respondenti, kteří neudávali žádné omezení ve výkonu všedních denních činností. Jedna z respondentek s úsměvem na rtech konstatovala: „Zvládám. A když něco nejde tak pomůže manžel, no“ (paní B.). I další pacienti po CMP hodnotili při rozhovorech důležitost rodinného zázemí a možnosti asistence při provádění činností: „No poradím si skoro se vším, ale hodně potřebuju pomoci se vším, třeba i s oblékáním a tak, manželka mi vždycky pomůže“ (pan H.). „Ona mi musí manželka pomoci, se vším“ (pan R.).

Většina pacientů se shodla na tom, že po CMP jim spousta běžných denních činností činí obtíže. Pan V. shrnul situaci: „Doma je to jiný, takový spousta věcí je obtížnější, ale držíme se s manželkou. Něco zvládnou, ale s něčím mi musí pomáhat.“ Jako komplikace výkonu soběstačnosti jeden z pacientů uváděl bolest: „Jo, za to můžou ty bolesti, šílený bolesti“ (pan R.). Nejproblémovější oblastí výkonu personálních denních činností bylo podle pacientů oblékání a hygiena, obojí především z pohledu drobných pracovních úkonů. Paní D. popsala činnost slovy: „Někdy se vztekám u toho oblékání, vzhledem k tomu že se nemůžu trefit do toho rukávu, no ale de to, de to.“ Paní M. uváděla jako problematické činnosti spojené s jemnou motorikou a koordinací končetin: „...nehty mi nejdou a musím se, až půjdu na to ergo zeptat, jak se stříhají nehty levou rukou. Jo a pak mám jeden velikej problém. A to je, protože já musím nosit ty kompresní punčochy a natahovat je. Hrozný.“ Paní B jako nejproblematictější oblast uvedla přesuny: „No hlavně do sprchovýho koutu vlézt, žejo, to jako.“

Mnoho pacientů si vychvalovalo pořízení a využití kompenzačních pomůcek. 6 z 10 pacientů si na doporučení pořídilo nástavec na WC, sedačku do vany či sprchovýho koutu a madla. Pan V. zhodnotil užitečnost kompenzačních pomůcek: „No jako ty pomůcky fantastický. Mám do vany takovej ten držák, co je ve vaně nastálo, potom stoleček, teda takový to sedačku do vany a podstaveček na kterej si stoupnu, když lezu dovnitř“ (pan V.). „Jo, koupili jsme si domů nějaké ty věci do koupelny a na záchod, s těma je to prima, to už zvládnou sám“ Paní M uvedla: „Mam hůl, potom mám sedátko na vanu a jinak nic. Ty, jo, oni mi doporučovali takový ty úchyty, madla, což já nemůžu namontovat na tu toaletu udělat, protože tam je vedená voda a to bych to zničila“ (paní M.). S výběrem a nákupem kompenzačních pomůcek pacientům často pomáhali rodilí příslušníci. Manželka Pana R. uvádí: „Já jsem sehnala všechny možné

pomůcky, ale víte jak, já nejsem terapeut. Koupili jsme ty sedačky různý, pak nějaké ještě doplňkové věci, to jsme vlastně i našli v tom vašem manuálu. “

Pacienti, kteří si kompenzační pomůcky do domácnosti nepořídili, si vytvořili vlastní kompenzační strategie pro zvýšení bezpečnosti v domácím prostředí. Paní D. se například svěřila: *„Z toho sedátka nemám dobrej pocit. Jsme se naučili, jó, ten suchej ručník, protože jsme si – dodneška jsem nebyla schopná si koupit, žejo, tu gumu takovou, žejo, no ale tohle je úplně v pohodě no.“* Z dalších pomůcek si například pacient pan V. pořídil *„na blízko takovou tu, jak tahá špičku nahoru, kolenní ortézu a ramenní ortézu.“* Paní M. uvedla další zajímavé pomůcky pro zvýšení soběstačnosti: *„No vidíte, to jsem vám neřekla, že mám lékovku nebo jak se to říká, tu krabičku na ty jednotlivý prášky. Co tu ještě mam? Jo, důležitá věc! Mám gumový tkaničky do bot, to je supr. Pak mám takovou obouvací lžici na péro, to jsem vám zapomněla říct.“*

2.6.2.3 Kategorie č. 3 – Následná rehabilitace

5 respondentů se přiznalo, že od propuštění z nemocnice do domácího prostředí žádnou rehabilitaci zatím nevyhledalo. Pan N. uvedl: *„Nene, nechodim. Mně přijde, že už je to dobrý a že nic takovýho nepotřebuju.“* Ve dvou případech byl důvodem zdravotní stav pacientů. *„No nechodil jsem. Jsem marodil.“* (pan M.).

Pouze ve dvou případech byla uváděna ambulantní rehabilitace na Klinice rehabilitačního lékařství VFN na Albertově, u ostatních pacientů byla uváděna především rehabilitace v domácím prostředí. Pan B. uvedl: *„Sem mně ke mně chodí sestřička, dvakrát v tejdnu, teď to, no dvakrát v tejdnu chodí“* Pan R. se svěřil: *„Chodí k nám...psychoterapeutka, ne, rehabilitační...rehabilitační sestra a pracovnice“* a manželka jej opravila: *„jednou za týden ergoterapeutka“*. Paní M. se pochlubila, že dodržuje i autoterapie v domácím prostředí: *„Já jako cvičím každý den. Zabere to teda hodinu a teď jsem právě jsem zjistila, že jako ta chůze – já jdu, ale když mam stát tak nemam stabilitu.“* Rodiny dvou pacientů uvedly, že uvažují o možnosti rehabilitace v rehabilitačních ústavech. Pacient pan V. na otázku, zda navštěvuje nějakou rehabilitaci, odpověděl: *„Zatím ne, ale našli jsme tady něco v blízkosti, protože ten Albertov je pro nás z ruky. U nás jsou Chvaly a Hloubětín nějaká rehábka, tak to chci zkusit tam“*. Také manželka pacienta pana R. uvedla: *„No ale přemýšleli jsme, že by někam šel tak na dva týdny no (povzdechne si). Člověk musí všechno vyzkoušet“*

2.6.2.4 Kategorie č. 4 – Seberealizace

Pacienti uvedli, že se i nadále většinou věnují své práci a zájmům. Dva pacienti se vrátili zpět do zaměstnání a jsou v něm spokojeni a vše dobře zvládají. Ostatní pacienti se snaží věnovat svým zájmům. Pacientka paní M. uvádí: „*No, to se věnuju všemu. Čtu hlavně, já jsem praštěná na čtení, pak ležím na počítači, žejo, jako každéj.*“ Pacientka paní D. naopak poukazuje na své aktivní zájmy: „*No já v podstatě jsem vždycky od jara do podzimu na zahradě, no a tady tak si šulíchám tak jako ten byt furt. Zas něco vystopuju a běda jak je na zemi drobeček, žejo, takže tímhle já se zabývám. No a co je takový strašně moje velký hobby, je hudba. Já furt poslouchám hudbu. Já nemůžu koukat na seriály, maximálně na zprávy, ale prostě mě dobíjí dycky zahrada a hudba. Ta mně dodá prostě takovou sílu ta hudba, že jo, strašně dobrou náladu prostě a pak mi všechno jde a jsem spokojená.*“

Tři pacienti udávají únavu a s ní spojené snížení pracovního tempa. „*Ani ne, já ted' hodně chodím na tu rehabilitaci a jsem pak unavenej, takže když přijdu domů, musím si jít odpočinout, někdy i lehnout, ale pomáhá mi manželka, takže je to dobrý*“ (pan H.). Pacient pan R. vysvětluje: „*Já jsem unavenej za dvě hodiny, hned. Já si musím lehnout i dopoledne třeba, jak jsem unavenej. Já si trošku zvyknu na to, do kdy můžu spát, hodinu a půl, dvě hodiny, hodinu a půl. Mezitím jsem tvořil vždycky levou rukou, tvořil, ale za dvě hodiny jsem unavenej.*“ Jedna pacientka uvedla, že se zatím s manželem vyhýbají koníčkům z důvodu zvýšeného strachu z pádu. Její starostlivý manžel konstatoval: „*No nemůže sama tam jít, to je tady po těch schodech.*“

Ve výkonu instrumentálních ADL pacienti často zdůraznili nutnost pomoci rodinnými příslušníky či dostupnými službami. Chválili si možnosti dovozu nákupů, obědů a transportní služby. Paní M. uvedla: „*Obědy mi vozej. Akorát v sobotu a v neděli já si budu vařit sobě mňamky náký, abych se dostala z tohodle závodně kuchyňový stravy trošku no, ale jinak ty obědy to je supr teda.*“ Pacientka paní D. nadšeně zhodnotila zásobovací službu: „*No tady jezdí služba Anna, takže když potřebuju nějaký větší nákup a dcera s manželem jsou v práci, tak si zavolám je. Je to teda drahý jako blázen, no ale prostě naprosto dokonalý ženský, všechno mi vobstaraj. Prostě, vodnesou, přinesou, donesou – takže jako tam je to dobrý. No a prášky mi jezdí připravovat sestřičky.*“

Pacienti uváděli, že tráví čas nejvíce se svou rodinou, ale rádi se setkávají i s přáteli. Téměř všichni se shodli na tvrzení: „*S přáteli se rád vídám, když je čas.*“

Pacientka paní D. shrnula: „*To je asi všude stejný no, lidi choděj do práce, ty co už jsou v důchodu, tak aby si přivydělali ještě taky, žejo, pak mam kamarádku, ta je ještě poměrně mladá, ale zase dvě malý děti, žejo, takže, no, všude stejný no. Ale furt si slibuju.*“

2.6.2.5 Kategorie č. 5 – Využití přehledu doporučení

V rámci rozhovorů bylo zjišťováno, které informace ze „*Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“ byly pro pacienty nejpřínosnější. Každý z pacientů našel v materiálu jinou část, která ho oslovila. Většina z respondentů se shodla na důležitosti kapitoly s přehledem kompenzačních pomůcek a úprav domácnosti, dále většinu pacientů zaujaly konkrétní kontakty na nabízené služby. Pacient pan V. například vyprávěl: „*Našli jsme tam telefony, a když jsem potřeboval k doktorovi na neurologii, tak jsme jeli tím senior taxíkem, ale zkoušeli jsme i ty ostatní. No a pomůcky jsme koupili.*“ Pacientka paní M. řekla: „*No hlavně jsem tady študovala, kde se seženou ty pomůcky.*“ Pan R. při současném listování souborem doporučení shrnul: „*No našel jsem tu tu cévní mozkovou příhodu a ty poruchy, to jsem si promyslel o tom. Afázie, tak to jistě mam já.*“ R. Jeho manželka dodala: „*No ale on to studoval dost, to mě překvapilo, jen mu to teď asi vypadlo. Jo, no, my jsme se obrátili na DMA, tu máme docela blízko tu DMA, a tam nám poradili a pomohli vybrat co potřebuju. A ta únava, to jsem zapomněla, tu únavu jsme taky řešili...Já jsem si tu brožurku taky celou přečetla. A co bylo úplně nejvíc užitečný, bylo, že existuje takový ten transport. A jak jsme museli k té paní doktorce všeobecný, tak opravdu to byli skvělí hoši, skutečně zavez i to vozítko. Furt jsme říkali, že se na ně musíme zas obrátit, až na to přijde, že pak nás vyzvedli i na cestu zpátky žejo.*“ Pacient pan N. vyzdvihl: „*Dobrý bylo takový to, jak se o sebe má člověk postarat a obecně co se mu vlastně stalo. Protože když najednou skončíte v nemocnici, tak nevíte vlastně vůbec nic. A doktoři chodí a něco se vám snaží vysvětlit a vy tomu nerozumíte ani půlku třeba (zamyslí se). Takže jo, bylo zajímavý si to přečíst.*“ Pan H shrnul pár slovy: „*Něco jsme si tam přečetli, to jo. Koukali jsme na tu rehabilitaci právě a na ty pomůcky a nějaké rady.*“

Pacientka paní D. k hodnocení materiálu smutně sdělila: „*No já se přiznám, já se přiznám, já jsem ho vůbec jako neprohlížela a jestliže jsem ho prohlížela, tak v tomhle zmatku jsem ho někam tak dobře schovala, že prostě vůbec nevím, kde je.*“

2.6.2.6 Kategorie č. 6 – Hodnocení Souboru doporučení

Na otázku, co se pacientům na Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny líbilo, padaly většinou pozitivní odpovědi. „No chtěl jsem říct, že ta publikace je perfektní“ (pan V.). „Líbilo se mi, jak tam všechno bylo napsaný stručně a ty obrázky v tom, bylo to přehledné a zajímavé“ (paní J.). „Třeba ty obrázky a pak některé informace“ (pan H.). „Líbilo se mi jak je tam spousta různých věcí, ale zároveň všechno stručně, že se v tom člověk neztratí. Je to napsaný docela pěkně, hezky se to pročítalo“ (pan N.).

Většina pacientů uvedla, že v edukačním materiálu nepostrádala žádné další informace. Pouze pacientka paní M. s radostí zkritizovala chybějící informace: „Tak heleďte, já jsem to teda ztrestala. Já jsem to študovala vopravdu a musím říct, že je to supr, akorát vám chci říct, že tajdle na tý straně 28 tadyty příspěvky jsou už teď jiný. No a kromě toho ještě můžete dostat 2000 jako zvláštní příspěvek. No, jsem to naštudovala, jsem vám to tadyhle i napsala. No takže můžete až 15 200. Na mobilitu je 400 a příspěvek na zvláštní pomůcky. Ale hlavně tam bych řekla, že je tam ten příspěvek na péči, osobu blízkou až 3 měsíce, že můžete dostávat, třeba když se staráte o maminku. A máte nárok na volno, což dřív nebylo, žejo. Tak, tak to jsem vám chtěla říct, že si myslím, že by to tady mělo bejt někde to. A potom jsem tadydle vám napsala (vytahuje papír s poznámkami), taky si myslím, že je důležitý pro ty lidi ta pečovatelská služba, jak je zajišťuje ty služby. Protože pro mě třeba je to supr, protože mně vozej vobědy, když jdu k lékaři, tak mě tam odvezou...a já jsem vám tady podle tohohle zákona teď zákon 108 z roku 2006....jaký voni všechny služby můžou poskytovat. To si myslím, že je jako důležitý, protože třeba obzvlášť, když je třeba někdo sám žejo, tak máte tady pomoc a podpora při podávání, jízda, oblékání a svlékání, prostorová orientace, doma pomoc při přesunu na lůžko nebo na vozík, pak je pomoc při osobní hygieně, pomoc při základní péči o vlasy a nehty a pomoc při použití WC. Pomoc při poskytnutí stravy, dovoz nebo donáška jídla, pomoc při přípravě jídla a podávání, což je důležitý, některý lidi třeba si to nemůžou dát do pusinky. Pak je tady pomoc při zajištění chodu domácnosti, což je supr, běžný úklid domácnosti a údržba, údržba domácích spotřebičů, třeba tady u nás já si objednáme a oni mně umyjou koupelnu a všechny dlaždičky, to je supr. No pak je topení v kamnech, běžné nákupy, nákupy týdně, praní a žehlení ložního prádla a osobního prádla, dokonce i drobné opravy a konc, konp (snaží se přijít na správné slovo), zprostředkování kontaktu se společenským

prostředím, doprovázení do školy, třeba někdo, kdo ještě třeba se předělává na něco jinýho, no do zaměstnání, k lékaři, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovod zpět. Což mě vozej k doktorovi, to já si, je fakt ale, že si to teda musí platit ze svého jo, ale ten pocit, že máte jistotu, že sebou já nikde nevláknou, tak to je pro mě k nezaplacení. Já si myslím, že ta pečovatelská služba mnohem lidem, já nevím, jestli je to všude jako tady na Praze 2 jo, ale myslím si, že to některým lidem může pomoci.“

Z rodinných příslušníků se manželka pacienta pan R. vyjádřila: „*To základní, všechno to důležité, ten vejec, je v tom právě. Nevšimla jsem si právě, že by něco podstatného chybělo.“*

Pacientka paní B. vesele zavzpomínala: „*já jsem to vydala tu knížku. A říkaly jsme zrovna s tou paní, co tam se mnou ležela, říkala, že jsou úžasné, že tam jsou všechny dobré rady, no. Že jako, je to vysloveně pomoc pro ty tyhle lidi zas, to co budete psát, tak abyste to napsala, že to pro ty lidi vopravdu je užitečné. Já jako bych k tomu nic nedodala. Protože to člověk je z toho (směje se). Je to jako říkám, je to dobrý, to jsme usoudily, jsou tam telefonní čísla, člověk je z toho vykulenej, víte. To je taková – my ještě jsme pořád vykulený vid' z toho? (otáčí se na manžela a směje se).“*

Pacientka paní M. vypráví: „*Já bych řekla, že tohleto je jako takovej první - po tom šoku co to dostanete tak si představíte, co já budu dělat? Jo. Naštěstí já jsem v důchodu, mně už je to jedno, ale říkám si kdyby se mi to stalo v práci, tak jsem vyřízená teda. Ale hlavně říkám, teda tam zdůraznit, že ty lidi musej cvičit a brát ty léky pravidelně, žejo.“*

Z celkového hodnocení *Souboru doporučení* většina pacientů uváděla užitečnost edukačního materiálu pro pacienty. Pozitivní hodnocení podali i tři pacienti, kteří vzhledem ke své soběstačnosti žádné rady nepotřebovali. „*No, informace všechny, který člověk potřebuje. To můžete klidně použít tohle“* (paní B.). „*Takhle, já jsem nic nepotřebovala, ale celý jsem si to přečetla a líbilo se mi to. Pak jsem to dala přečíst i známým a rodině, aby věděli“* (paní J.).

Ve výsledku všichni pacienti hodnotili *Soubor doporučení* pozitivně „*Já říkám, že je to supr, supr, já jsem řekla, že je to supr. Ano, je to dobře napsaný a důležité věci správně zvýrazněné bych řekla. Já bych to vydala jako knížku“* (paní M.). „*Dal bych tomu jedničku, jako ve škole, líbilo se mi to a určitě je to pro lidi důležité“* (pan N.).

Manželka pacienta pana R. se k materiálu vyjádřila se slovy „*Je to hezky upravený, velice přehledně, řekla bych. Jako i pro tu laickou veřejnost žej. (Listuje manuálem.) No vidíte, jak hezky jste to oddělila, je to graficky velmi dobře, bych řekla. A že není to nuda, je tam i malá ilustrace, není to násilný prostě.*“ „*Tohle je šikovně napsaný, tohleto*“ (pan R.). „*Bylo to hezky napsaný, a líbily se mi ty obrázky, co jste tam měla*“ „*Jinak já bych řekla, že je to supr, ta knížka. A já bych to prodávala!*“ (paní M.).

2.7 VÝSLEDKY

Získaná data z kvalitativního výzkumu byla přepsána metodou doslovné transkripce, zpracována otevřeným kódováním a rozřazena do kategorií, důležitých pro tento předvýzkum. Následně byla zpracována pomocí metody kontrastů a srovnávání.

Bylo zjištěno, že každý z respondentů v *Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny* našel informace, které pro něj byly zajímavé a využitelné v praxi právě z důvodu jeho funkčního stavu. V odstupu 3 měsíců po propuštění do domácího prostředí lepších výsledků dosahovali pacienti s dobrým sociálním zázemím a podporou rodiny. Jedna z patientek naopak v rehabilitaci příliš nepokročila z důvodu přemíry starostlivosti svého manžela. Zjištěná data z kvalitativních rozhovorů byla zpracována do Tabulky 9.

Z výzkumného vzorku 4 pacienti uváděli optimální kvalitu života a 2 z nich bez jakýchkoli problémových oblastí. Ostatní pacienti shrnovali problematiku především ve výkonu personálních i instrumentálních ADL. Z nejvíce zmiňovaných oblastí se jednalo o chůzi, přesuny do vany či sprchového koutu, z instrumentálních ADL péče o domácnost a transport. 5 pacientů uvedlo soběstačnost v domácím prostředí, případně pouze nutnost minimální asistence, 5 pacientů velkou závislost na druhé osobě. 4 respondenti subjektivně pozitivně hodnotili svou soběstačnost v instrumentálních ADL.

6 pacientů se po propuštění do domácího prostředí vybavilo kompenzačními pomůckami, 6 pacientů si zařídilo formu následné rehabilitace ambulantně či přímo v domácím prostředí. Rodiny 2 pacientů začaly uvažovat o využití pobytových rehabilitačních služeb a polovina pacientů výzkumného vzorku se vrátila ke svému zaměstnání a volnočasovým zájmům.

Tabulka 9: Získaná data z kódovaných rozhovorů

		ANO	NE
Kvalita života	optimální stav situace	4	6
	problémové oblasti života	8	2
Soběstačnost	soběstačnost v domácím prostředí	5	5
	využití kompenzačních pomůcek	6	4
Následná rehabilitace	rehabilitace v domácím prostředí	4	6
	ambulantní forma rehabilitace	2	8
	plánovaná rehabilitace	2	8
Seberealizace	optimální typický den	2	8
	práce a zájmy	5	5
	péče o domácnost, úklid, vaření	4	6
	setkání s přáteli	3	7
Využití „Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny“	využití konkrétních rad	6	4
	důležité oblasti	6	4
	užitečnost	7	3
Hodnocení „Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny“	zajímavé oblasti	6	4
	chybějící informace	2	8
	celkové hodnocení	5	5

Ve zpětné vazbě k „Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny“ většina pacientů uváděla pozitivní hodnocení vytvořeného edukačního materiálu a jeho užitečnost u pacientů po CMP. 6 z 10 pacientů v „Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny“ našlo cenné informace, které přeneslo do svého života.

Zpětné vazby (získané formou rozhovoru s pacienty) byly konzultovány s rodinou pacienta a následně porovnávány dle míry funkčních schopností jednotlivých osob. V návaznosti na vyšetření, provedená u všech respondentů se získané informace lišily v závislosti na míře omezení funkčních schopností jednotlivých pacientů.

7 z 10 pacientů hodnotilo užitečnost edukačního materiálu a jeho přínos pro pacienty v akutní fázi cévní mozkové příhody. Rodinní příslušníci pacientů potvrdili, že se v příručce objevilo několik informací, které využili pro svou praxi a rehabilitaci v domácím prostředí. Výzkumná otázka, „Má „Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny“ přínos u pacientů po cévní mozkové příhodě?“ byla výzkumným vzorkem pacientů potvrzena.

2.8 DISKUSE

Téma diplomové práce bylo vybráno na základě předchozí zkušenosti s nedostatečnou informovaností pacientů po cévní mozkové příhodě, s plánem doplnit další praktické informace do přehledu doporučení a vytvořit tak ucelený přehled pro pacienty a jejich rodiny. Cílem práce bylo shrnout pro pacienty informace dostupné v zahraničních doporučeních a manuálech a jejich doplnění o kontakty a odkazy na specialisty v oblasti rehabilitace.

2.8.1 Rehabilitační přístup k pacientům po CMP

Navzdory zásadním zlepšením primární prevence a akutní léčby v posledních desetiletích je cévní mozková příhoda stále vážnou a častou příčinou mortality. Na počátku 21. století se výskyt CMP v Evropě pohyboval od 95 do 290 nově vzniklých příhod na 100 000 obyvatel ročně, přičemž míra úmrtnosti se pohybovala v rozmezí od 13 do 35 %. Cévní mozkovou příhodou trpí každoročně přibližně 1,1 milionu obyvatel Evropy. Z těchto případů představuje přibližně 80 % ischemická cévní mozková příhoda (Béjot et al., 2016).

Vysoká heterogenní organizační struktura rehabilitace pacientů po CMP přináší principy určení kvality poskytované léčby. Řadí se mezi ně včasnost, efektivita, účinnost, bezpečnost a individuální přístup zaměřený na klienta. Rehabilitace by měla probíhat od raných přístupů v nemocnici pro akutní léčbu přes reintegraci pacientů do společnosti. Konec formální rehabilitace (obvykle 3 až 4 měsíce po CMP) by neměl znamenat konec zotavovacího procesu (Winstein et al, 2016).

Plánování léčby u pacientů po CMP je třeba uskutečnit prostřednictvím pravidelné diskuse o stavu pacienta, určení specifických cílů a stanovení rehabilitačních kritérií. Jedná se o formální koordinaci péče pomocí interdisciplinárních týmových setkání odborníků. Koordinované interdisciplinární řízení zdůrazňuje a podporuje péči v rámci týmu a je navrženo tak, aby zvýšilo přínos rehabilitace a mělo pozitivní terapeutický účinek (Vining, 2017). Dle Røthlisbergera mezioborové schůzky zajišťují v rámci rehabilitace dobré informování pacienta, profesní odpovědnost a sdělování konkrétních cílů. Schůzek by se měli účastnit zdravotníci, kteří jsou přímo ve spojení s pacientem. Vzhledem ke složitosti a interferenčním procesům a zájmům pacientů, členů rodiny, zdravotníků a administrativy by si všichni účastníci rehabilitačního

procesu měli rozumět a přijmout kompromisy pro dosažení nejlepší kvality (Röthlisberger, 2017).

Podle *Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery* od American Stroke Association by měly být rehabilitační služby v ideálním případě poskytovány pacientům interprofesním týmem pracovníků s odbornou přípravou v oboru neurologie, rehabilitačního ošetřovatelství, ergoterapie, fyzioterapie a logopedie. Dalšími důležitými pracovníky v tomto procesu mohou být sociální pracovníci, psychologové, psychiatři a právníci (Winstein et al, 2016). Podle Dworzynski et al. by jádro interprofesního rehabilitačního týmu mělo v problematice cévních mozkových příhod zahrnovat odborníky s příslušnými znalostmi rehabilitačních přístupů v oblasti CMP, konzultujícího lékaře, zdravotní sestry, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, logopedy, klinické psychology, rehabilitační asistenty a sociální pracovníky (Dworzynski et al., 2015).

Ve Spojených státech více než 80 % z 6 milionů osob po CMP žije v komunitě, většinou v domácím prostředí. Studie dokládají, že 35 až 40 % jedinců má omezení v personálních ADL a více než 50 % minimálně v jedné z instrumentálních ADL. Procento produktivních jedinců, kteří se po CMP vrátí do zaměstnání, se v jednotlivých studiích značně liší, od 20 % až do 66 %. Faktory spojené s návratem do zaměstnání nejčastěji souvisí s mladším věkem, nižší poruchou funkčních schopností, soběstačností v ADL, dobrými komunikačními a kognitivními schopnostmi a psychomotorickým tempem. Při zvažování návratu do zaměstnání dále záleží na pracovní pozici a úvazku zaměstnání. V případě potřeby je nutná úprava pracovního místa nebo alternativní možnosti. (Winstein et al, 2016).

Efektivní rehabilitace vyžaduje odpovídající plán vhodné intenzity, přizpůsobený a připravený podle individuálních potřeb pacienta. Měl by brát v úvahu funkční schopnosti pacienta, kognitivní, emoční a komunikační funkce, fyzický stav, participaci a sociální, fyzické a kulturní environmentální faktory (Dworzynski et al., 2015).

CMP má u pacientů i jejich rodinných příslušníků významný vliv na jejich psychosociální stav. Velice častým doprovodným příznakem je deprese, která bývá často pozorována nejen u pacienta, ale i u pečovatele a je spojena s nižší kvalitou života a vyšší zátěží pro pečovatele a pozůstalé (Winstein et al, 2016).

V oblasti péče o duševní zdraví pacientů po cévní mozkové příhodě byla napsána zajímavá studie s názvem „*Promoting psychosocial well-being following stroke: Study protocol for a randomized, controlled trial*“, která testuje účinnost teoretické a empirické psychosociální intervence navržené Radou pro lékařský výzkum Spojeného království. Studie uvádí, že cévní mozková příhoda může způsobit řadu zatěžujících psychosociálních obtíží a mnoho pacientů po jejím prodělání udává potřebu podpory, zvláště po propuštění ze specializovaných jednotek. Ze závěru studie vyplývá, že pro pacienty je důležitá intervence, zaměřená na podporu zvládnání neúspěchu a well-being. Pro zapojení do komunity je důležitá ovšem nejen podpora pacienta, ale i jeho rodiny (Kirkevold et al., 2018)

2.8.2 Diskuse dostupné literatury

Cévní mozkové příhody jsou druhou nejčastější neúrazovou příčinou mortality. V celém světě se rozmáhá snaha o zvýšení informovanosti o možnostech snížení rizika, rozpoznání a možnostech léčby cévní mozkové příhody. Je dostupné velké množství literatury o možnostech prevence a rozpoznání CMP, rozvíjí se i trend obrázkových prospektů, letáků a vzdělávacích videí, jak mozkové příhodě předejít či jak ji rozeznat. Je však velice těžké sehnat literaturu, ve které by byl přehled postupů v akutní či chronické fázi CMP.

Dostupné informace a doporučení k tomuto tématu jsou lépe dohledatelné v zahraniční literatuře. Podařilo se vyhledat například Guidelines pro rehabilitaci pacientů po CMP v anglickém jazyce či přehlednou publikaci s názvem „*Learning about Stroke. A Guide for Patients and Families*,“ vydanou akademickým zdravotním střediskem Dartmouth Hitchcock Medical Center v roce 2012, popisující problematiku CMP, jejich následky, možnosti prevence, akutní péče, následné rehabilitace či paliativní péče a návrat ke každodennímu životu pacientů.

Velmi dobrou publikací je příručka „*National Stroke Strategy*.“ Jedná se o vaskulární program Ministerstva zdravotnictví, který byl vydán v roce 2007 v Londýně. Práce obsahuje 5 kapitol, týkajících se strategií po cévní mozkové příhodě a cílem této národní strategie je poskytnout kvalitní rámec pro zajištění zlepšení služeb po CMP, poradenství a podpory a sociální péče.

Duncan a kolegové v článku „*Management of Adult Stroke Rehabilitation Care. A Clinical Practice Guideline*“ z roku 2005 uvádí, že dodržování pokynů pro rehabilitaci po akutní CMP je spojeno se zlepšením výsledků pacienta a může být

považováno za ukazatel kvality rehabilitace. Ve své práci zmiňují, že primární cíle rehabilitace jsou prevence komplikací, minimalizace poškození a maximalizace funkce. Sekundární prevence je zásadní pro prevenci recidivy a včasné posouzení a intervence jsou rozhodující pro optimalizaci rehabilitace. Každý pacient by podle autorů měl mít přístup ke zkušené multidisciplinární rehabilitační skupině, aby byl zajištěn optimální výsledek terapie. Dále je v článku uvedeno, že samotní pacienti a jejich rodinní příslušníci jsou nedílnou součástí rehabilitačního týmu a vzdělávání pacientů a rodiny zlepšuje rozhodování, sociální přizpůsobení a úspěch v rehabilitaci. Závěrem článku je řečeno, že organizovaná péče o pacienty je důležitá pro dosažení optimálních výsledků v rehabilitaci (Duncan et al., 2005).

Jednotlivé terapeutické přístupy v ergoterapii popisuje například článek „*Occupational Therapy Practice in Hospital-based Stroke Rehabilitation?*“ z roku 2011, hodnotící komplexní ergoterapeutickou intervenci či článek „*A pilot study of activity-based therapy in the arm motor recovery post stroke: a randomized controlled trial*“ z roku 2008, popisující využití ergometru, robotické nebo skupinové pracovní terapie pro obnovení motorické funkce paretické horní končetiny. Článek „*Rehabilitation of gait after stroke: a review towards a top-down approach*“ z roku 2011 poskytuje přehled technik a terapií používaných při rehabilitaci chůze. Také zkoumá možné přínosy zahrnutí asistenčních robotických zařízení a počítačových rozhraní v této oblasti. Zhodnocené metody zahrnují klasické metody rehabilitace chůze (neurofyzilogické a motorické přístupy), funkční elektrickou stimulaci (FES), robotické přístroje a rozhraní počítače (BCI). Kombinace různých rehabilitačních strategií se zdá být efektivnější než samotný výcvik chůze.

Kromě klasických terapeutických přístupů v rehabilitaci po cévní mozkové příhodě se v dnešní době přistupuje i k novým trendům v rehabilitaci. Například v článku s názvem „*Effects of Kinesio taping for stroke patients with hemiplegic shoulder pain: A double-blind, randomized, placebo-controlled study*“ (HUANG Yen-Chang, 2017) je popsán výzkum využití a efektu Kinesio tapu u osob po CMP. Jedná se o kontrolovanou klinickou studii s dvojitým zaslepením.

V současné době se také zvyšuje počet domácích návštěv, které provádí terapeut v domácím prostředí pacienta. Cílem těchto návštěv je posouzení bezbariérovosti domácího prostředí s případným navržením změn pro zajištění soběstačnosti pacienta. V roce 2012 vyšel zahraniční článek „*Occupational therapy predischarge home visits*

for patients with a stroke (HOVIS): results of a feasibility randomized controlled trial,“ který přinesl náhled využití domácích návštěv.

V České republice bylo vydáno několik materiálů pro poskytnutí přehledu problematiky CMP. Světová zdravotnická organizace (2014) vydala publikaci s názvem „*Rehabilitace po cévní mozkové příhodě. Včetně nácviku soběstačnosti,*“ která představuje postupy provedení aktivit a nácviku ADL. Vydávání dalších publikací o možnostech rehabilitace pacientů se věnují organizace, sdružující pacienty po CMP, jako například společnost Erudis o.p.s., Cerebrum a ERGO Aktiv.

Společnost Erudis o.p.s. v roce 2014 vydala publikaci pro osoby se získaným poškozením mozku a jejich rodiny „*Neurorehabilitace – jak se zorientovat?*“ Představuje přístupy komplexní neurorehabilitace a popisuje možnosti specifických služeb (sociální, pobytové a pracovní). Centrem moderní rehabilitace ERGO Aktiv, o.p.s. byla v roce 2013 sepsána příručka pro pacienty po CMP - „*Jak cvičit doma.*“

V zahraniční literatuře existuje spousta dohledatelných článků o možných terapeutických přístupech v rehabilitaci po CMP. Tyto přístupy předchází rehabilitaci v domácím prostředí, ale mohou velice pomoci k další terapii, případně být zapojeny do ambulantní terapie v chronické fázi.

V České republice existuje ještě několik dalších příruček, jsou však poměrně stručné a shrnují pouze konkrétní oblasti rehabilitace. Nepodařilo se vyhledat přehled, který by strukturovaně propojoval různá témata, blíží se této problematice. Každá nalezená publikace je zaměřená pouze na jednu oblast terapie po CMP a chybí ucelený přehled, informující pacienty o možnostech terapie.

2.8.3 Diskuse vzniku edukačního materiálu

V dnešní době existuje velká nabídka služeb, určených pacientům po CMP a jejich rodinám a pečujícím osobám ke zvládnutí situace dlouhodobých následků CMP. Patří mezi ně podpůrné skupiny pro pacienty a pečující osoby, volnočasové a cvičební programy, respitní služby, pečovatelské služby a služby zprostředkující instrumentální ADL (dovoz nákupů a obědů, úklidové služby, transport a další). Například v Americe a ostatních zahraničních státech jsou u pacientů až do 5 let po CMP hojně využívané komunitní služby, nejčastěji služby v domácnosti (domácí práce, péče o zahradu a dovoz jídel, tzv. „Meals on Wheels“) a léčebné služby (Winstein et al, 2016).

Pro zvýšení informovanosti pacientů iktových lůžek o takovýchto možnostech další rehabilitace v domácím prostředí byla sepsána příručka „*Cévní mozková příhoda. Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny.*“ Cílem vytvářeného edukačního materiálu bylo seskupit dostupné informace a možnosti rehabilitace pacientů v domácím prostředí po propuštění z nemocnice a doplnění o legislativní podklady a kontakty na nabízené služby. Materiál byl sepsán a vytištěn pro možnost distribuce mezi pacienty iktových lůžek.

2.8.4 Diskuse zvolené metodologie

Pro distribuci a získání zpětné vazby k vytvořenému „*Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“ byl vybrán účelový vzorek 10 pacientů, kteří byli hospitalizováni na Lůžkách včasné rehabilitace VFN v Praze v období od listopadu 2017 do ledna roku 2018. Do vzorku byli zahrnuti všichni pacienti, kteří v tomto období byli propouštěni z nemocnice přímo do domácího prostředí. Vzhledem ke snaze hodnocení užitečnosti vytvořeného manuálu byli do studie přijati pacienti s různou mírou disability a funkčních schopností, pro zajištění různorodosti získaných dat. Pro možnost zhodnocení využitelnosti Přehledu doporučení u pacientů s různou mírou postižení nebyla stanovena kritéria pro vyřazení pacientů z výzkumu. Předvýzkumu se účastnily i osoby s kognitivním deficitem, s těžšími fatickými poruchami, pacienti s fyzickým postižením a pacienti plně závislí na druhé osobě i pacienti s problematickou sociální situací. Od všech pacientů byla odebrána anamnéza a vyšetřeny funkční schopnosti pomocí hodnotících testů Barthel Index, FIM, Apraxia Screen of Tulia, Montreal – Cognitive Assessment a Albert's test. Všichni účastníci výzkumu obdrželi v rámci poradenského rozhovoru při předání edukačního materiálu informace o charakteru výzkumu a jeho cílech a podepsali informovaný souhlas, aby byla dodržena etická hlediska výzkumu.

Kvalitativní data byla sbírána v odstupe 3 měsíců od pacientů a jejich rodin formou rozhovoru. Strukturou otázek byla mapována informovanost pacientů o možnostech následné rehabilitace, informace pro domácí prostředí, využitelnost získaných informací a zpětná vazba k „*Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“. K získání dat byl využit polostrukturovaný rozhovor, jehož otázky byly předem definované a stanovené tak, aby pro pacienty i jejich rodinné příslušníky byly pochopitelné, jednoznačné a zjišťovaly důležité informace o současném funkčním stavu pacienta. Struktura rozhovoru je *Přílohou č. 6* této práce. Pro přepis rozhovorů a jejich

následné kódování byly určeny kategorie, které byly pro tuto studii označeny za přínosné. Patřila mezi ně kvalita života pacientů, soběstačnost v domácím prostředí, průběh rehabilitace, možnost seberealizace a hodnocení předaného edukačního materiálu. Kódováním jednotlivých rozhovorů byla získaná kvalitativní data přiřazována do příslušných kategorií pro umožnění metody kontrastů a srovnávání. V kategoriích následně byla označena důležitá tvrzení a prohlášení pacientů, která byla dále porovnána s ostatními výpověďmi. Tato metoda byla zvolena pro možnost komplexního zhodnocení jednotlivých výpovědí. Na základě získaných kvalitativních dat dále byla zpracována případová studie pacientů, která je v *Příloze č. 8* této práce.

2.8.5 Diskuse výsledků

U pacientů po cévní mozkové příhodě je cílem koordinované rehabilitace zajistit soběstačnost pacientů a umožnit jim návrat do domácího prostředí. U produktivních pacientů mezi další cíle patří zapojení do zaměstnání a rozvoj zájmových činností. Velice důležitá je však i socializace pacientů a jejich návrat do společnosti (Švestková et al., 2017).

Existuje značná variabilita v načasování zahájení domácí léčby. Rehabilitace v domácím prostředí nemusí být vhodná pro všechny osoby po CMP v závislosti na stupni závažnosti, komorbidit nebo potřebě specializované léčby. Mezi výhody komunitní rehabilitace a domácích rehabilitačních programů patří snížené náklady na rehabilitaci, zkrácení délky hospitalizace a institucionalizace, více příležitostí pro zapojení pacientů a rodiny do procesu léčby a snížení stresu pečujících a rodinných příslušníků. Zároveň je možnost komunitní péče v domácím prostředí uváděna jako preference pacientů a jejich rodinných příslušníků během zotavovacího procesu po cévní mozkové příhodě (Winstein et al, 2016).

V případě propouštění do domácího prostředí je důležité informovat pacienta o možnostech následné rehabilitace a zajištění bezpečnosti a dostupnosti domácího prostředí. Ideální formou předání informací je schůzka pacienta a jeho rodiny s interprofesním týmem pracoviště, který může rodině předat informace z různých oblastí rehabilitace, nabídnout poradenství a pomoci vybrat služby, které by pro pacienta byly podporou. Interprofesní tým takto působí právě na Lůžkách včasné rehabilitace, ale na ostatních pracovištích je situace znatelně horší. Z praktické zkušenosti bohužel většinou není na neurologických pracovištích dostatečný prostor

pro poradenství a spolupráci s pacientem a jeho rodinou. Z toho důvodu byl vytvořen „*Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“, který by měl zajistit podání informací, důležitých pro další rehabilitaci. Tento edukační materiál byl v rámci předvýzkumu distribuován mezi 10 pacientů po CMP, propouštěných do domácího prostředí.

V rámci získávání zpětné vazby k „*Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“ bylo zjištěno, že každý z respondentů vyhledával informace, které pro něj byly zajímavé a využitelné v praxi právě z důvodu jeho funkčního stavu. Od pacientů byly formou strukturovaného rozhovoru získány informace, týkající se užitečnosti předaného edukačního materiálu. Ve zpětné vazbě k „*Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“ většina pacientů uváděla pozitivní hodnocení vytvořeného edukačního materiálu a jeho užitečnost u pacientů po CMP. 6 z 10 pacientů v „*Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“ našlo cenné informace, které přeneslo do svého života.

Zpětné vazby byly konzultovány s rodinou pacienta a následně porovnávány dle míry funkčních schopností jednotlivých osob. V návaznosti na vyšetření, provedená u všech respondentů se získané informace lišily v závislosti na míře omezení funkčních schopností jednotlivých pacientů.

Na základě zpracování rozhovorů a po rozkódování získaných kvalitativních dat byly vytvořeny závěry pro jednotlivé pacienty.

Pan V. je v domácím prostředí spokojen, uvádí problematiku některých oblastí personálních ADL (oblékání, koupání, osobní hygiena) a nutnou pomoc manželky při jejich výkonu. K chůzi využívá 1VH a z důvodu mírné nestability při chůzi vyžaduje dohled druhé osoby. Z kompenzačních pomůcek si do domácího prostředí pořídil sedačku a madla do vany, schůdek pro lepší vstup do vany, peroneální pásku, kolenní a ramenní ortézu. Uvažuje o využití pobytové rehabilitace v LSR Chvaly nebo zvažují s manželkou rehabilitaci v Hloubětíně. Ze *Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny* pacient využil různé rady pro zajištění bezpečnosti v domácím prostředí a inspiroval se při nákupu pomůcek. Využívá transportní služby a v současné době poptává možnost rehabilitace. Publikaci hodnotí jako „perfektní“.

S paní D. proběhl rozhovor pouze telefonním rozhovorem, z důvodu velkého vytížení pacientky. Nachází se teď v těžké životní situaci z důvodu nedávné smrti manžela. Rodina se jí snaží pomoci a poskytnout podporu, pomáhá jí i s vyklízením

domu a přestěhováním do menšího bytu. Pacientka uvádí soběstačnost ve všech personálních i instrumentálních ADL. Větší nákupy jí zprostředkovává služba Anna v Českém Brodě. Jako problematické oblasti hodnotí oblékání a nošení lehkých břemen v paretické HK. Uvádí autoterapii v domácím prostředí, zaměřenou na rozsahy pohybu HK a jemnou motoriku. Kompenzační pomůcky nevyužívá, ale vymyslela si kompenzační strategie zvládání běžných denních činností (například při přesunu do vany a z vany využívá ručníky jako protiskluzovou podložku). Pacientka se ráda stará o domácnost, pracuje na zahradě a ze svých zájmů uvádí především hudbu. Pacientka nevyužila žádnou z rad v „*Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“, protože jej ihned po předání ztratila.

S paní J. proběhl rozhovor pouze prostřednictvím telefonního hovoru. Pacientka uvádí dobrou kvalitu života z důvodu dobrého funkčního stavu. Je soběstačná v personálních i instrumentálních ADL, vrátila se zpět do zaměstnání a věnuje se rodině a svým zájmům. Ze „*Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“ nevyužila žádné rady, ale uvádí, že si vše pečlivě nastudovala a dala informace přečíst i rodině a přátelům. Zaujala ji především struktura přehledu, grafické zpracování a uvedené informace.

Pan M. kromě zdravotních komplikací uvádí spokojenost v domácím prostředí a soběstačnost ve všech všedních činnostech, včetně instrumentálních (péče o domácnost, vaření, praní). Pacient uvádí, že objednané kompenzační pomůcky si nevyzvedl a že ze „*Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“ nejvíce využil praktické rady do domácího prostředí.

Pacient je v domácím prostředí spokojen a uvádí velkou oporu v manželce. V ADL závislý na druhé osobě, především dopomoc s oblékáním, osobní hygienou, koupáním a chůzí. Pro možnost další rehabilitace začal pacient navštěvovat ambulantně Klinikou rehabilitačního lékařství, kde dochází do denního stacionáře. Domácí prostředí si pacient podle doporučení vybavil kompenzačními pomůckami do koupelny a na WC. V „*Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“ mu přišly zajímavé informace o CMP a některé typické rady.

Sociální situace pana J. se díky sociální pracovníci změnila k lepšímu, nyní bydlí v azylovém domě v Holešovicích a poohlíží se po lepším bydlení. Setkává se s přáteli. Uvádí soběstačnost v domácím prostředí bez nutnosti využití kompenzačních pomůcek. „*Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“ hodnotí pozitivně a uvádí důležitost obsažených informací.

Paní B. je v domácím prostředí částečně soběstačná, v některých aktivitách vyžaduje asistenci či dohled manžela (přesun do sprchy, koupání, osobní hygiena, chůze). Manžel je starostlivý a nepouští pacientku nikam samotnou. Oba uvádí strach z možného pádu při chůzi. Patientka využívá rehabilitaci v domácím prostředí, zaměřenou především na chůzi. Z kompenzačních pomůcek si pacientka pořídila chodítka a toaletní křeslo. V oblasti instrumentálních ADL se pacientka snaží pomoci s vařením, ostatní aktivity vykonává většinou manžel. Velice pozitivně hodnotí vytvořený „*Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“ z pohledu nedostatečné informovanosti o CMP a možnostech její léčby. Uvádí, že příručka je dobrým průvodcem pro pacienty, kteří prodělali CMP a obsahuje užitečné informace a kontakty, které člověk potřebuje.

Paní M. uvádí dobrou kvalitu života a nadšení z výsledků rehabilitace. Ze zdravotního stavu popisuje nedávný epileptický záchvat. Je zcela soběstačná v personálních ADL v domácím prostředí, pro výkon iADL využívá dostupné služby (dovoz obědů, transportní služby), případně pomáhá rodina. Mezi problémové oblasti řadí pouze stříhání nehtů pravé ruky a oblékání a svlékání kompresních punčoch. Navštěvuje ambulantní rehabilitaci na KRL na Albertově, kde dochází na fyzioterapii a ergoterapii (podle časových možností terapeutů). Z kompenzačních pomůcek jí dcera pořídila sedačku na vanu, pořadač na léky, gumové tkaničky do bot a obouvací lžici. Patientka se nadále věnuje svým zájmům (čtení, práce na PC) a setkání s přáteli. Patientka důkladně prostudovala Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny a sepsala informace, které by v přehledu ještě měly být zdůrazněné. Jednalo se především o nabídku pečovatelské služby. Dále zhodnotila edukační materiál velice pozitivně a navrhla jeho vydání.

Pan R. je v domácím prostředí nemotivovaný, unavený a limitovaný bolestí. Nutná asistence ve všech ADL. Do domácího prostředí dochází ergoterapeut a fyzioterapeut, rehabilitace je zaměřena především na chůzi a funkci HK. Snaha o zvýšení motivace pacienta pro terapii a návrat k zájmům. Mírnou komplikací terapie je starostlivá manželka, která poskytuje velkou míru asistence (více než je potřeba). Nutné poskytnutí poradenství a zaučení manželky pro další terapii.

Pan N. je spokojen v domácím prostředí, soběstačný ve všech pADL i iADL (zvládá péči o domácnost, úklid, vaření). Nevyužívá možností následné rehabilitace, ani si nezřizoval pomůcky do domácího prostředí. Opět se věnuje svým zájmům a chodí

do práce (přivýdělek v důchodu). V „*Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“ pacienta zaujaly obecné informace o CMP.

Ve zpětné vazbě k „*Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“ většina pacientů uváděla pozitivní hodnocení vytvořeného edukačního materiálu a jeho užitečnost u pacientů po CMP. Pozitivním výsledkem je, že z 10 pacientů tento edukační materiál nevyužila jen 1 pacientka, která jej brzy po předání ztratila. Ostatní pacienti měli přehled o uvedených informacích a 1 z patientek dokonce provedla důkladný rozbor informací a navrhla k doplnění informace o pečovatelské službě.

Ve výsledku 7 z 10 pacientů hodnotilo užitečnost edukačního materiálu a jeho přínos pro pacienty v akutní fázi cévní mozkové příhody. Výzkumná otázka, „*Má „Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny“ přínos u pacientů po cévní mozkové příhodě?*“ byla výzkumným vzorkem pacientů potvrzena.

Výsledky studie však mohlo zkreslit hned několik faktorů.

- 1) Pro zajištění přehlednosti probíhal předvýzkum pouze na jednom pracovišti na Lůžkách včasné rehabilitace VFN v Praze, kde působí interprofesní tým specialistů a poradenství u pacientů (především v oblasti výběru kompenzačních pomůcek a sociálního poradenství) probíhá i během terapií a výstupních vyšetření, případně konferencí.
- 2) Během předávání edukačního materiálu proběhlo krátké poradenství v uvedených oblastech a respondenti byli provedeni brožurkou a jejím obsahem.
- 3) Pacienti byli informováni o probíhající spolupráci na předvýzkumu a tím byli motivováni k přečtení „*Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny*.“

Z těchto důvodů by bylo třeba provést další předvýzkumy, spojené s možností získání zpětné vazby k předaným informacím. Bylo by například zajímavé provést předvýzkum s vyloučením poradenství, pouze předáním textové verze vytvořeného materiálu, získat porovnání výsledků mezi jednotlivými iktovými pracovišti, případně porovnat experimentální skupinu s kontrolní skupinou, která edukační materiál při odchodu do domácího prostředí nedostane.

Před propuštěním pacientů do domácího prostředí by měla být posouzena sociální situace pacientů ve spolupráci zdravotníků a pracovníků v sociální oblasti. Posouzení by mělo identifikovat potřeby osoby a její rodiny nebo opatrovníka (například přístup k sociálním dávkám, potřebám péče, bydlení, komunity, možnosti návratu do zaměstnání, dopravě a přístupu služeb). Potřeby pacienta musí být zdokumentovány a zaznamenány v plánu zdravotní a sociální rehabilitace. Před propuštěním z nemocnice je potřeba zhodnotit bezpečnost a dostupnost v domácím prostředí. Jednou z možností je zjištění informací o domácím prostředí, poskytnutí vybavení a úprav a podpora pečujících osob. Další možností je domácí návštěva v prostředí pacienta a demonstrace soběstačnosti ve všech všedních denních činnostech (Dworzynski et al., 2015). Před propuštěním pacientů do domácího prostředí je každopádně důležité myslet na potřebu sdílení informací s pacienty, poskytnutí dostatečných možností a kontaktů v oblasti rehabilitace a zajištění komunitní rehabilitace, domácích návštěv a možnosti ambulantní rehabilitace v místě bydliště. Vytvořený přehled je určen primárně pro pacienty z iktových lůžek a lůžek včasné rehabilitace a jeho přínosem je poskytnutí kontaktů na odborné pracovníky a komplexní přehled informací o možnostech následné rehabilitace.

2.9 ZÁVĚR

Komplexní rehabilitační přístup k pacientům po CMP je důležitý vzhledem k specifickým funkčním omezením a důsledkům, zaměstnání a životnímu stylu. Představuje koordinaci, komunikaci a organizaci intervence a podpory. Účinná rehabilitace po CMP vyžaduje organizovaný, multiprofesní přístup v nemocnici i komunitním prostředí pacienta, návaznost a odpovědnost (Dworzynski et al., 2015).

Pro pacienty po CMP je velice důležitá reintegrace do společnosti, kvalita života v oblasti zdraví, udržování aktivity a seberealizace. Následkem CMP se však u 50 % pacientů projevuje apatie, únava, nízká tělesná aktivita a depresivní symptomatologie (Winstein et al, 2016). Jako prevence těchto následků a zvýšení motivace pacientů je důležitý jejich návrat do domácího prostředí v co nejbližší možné době po stabilizování zdravotního stavu. Pro zajištění soběstačnosti a bezpečnosti pacientů po CMP v domácím prostředí byla sestavena příručka „*Cévní mozková příhoda. Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny.*“ Cílem této práce bylo poukázat na možnosti jejího využití u pacientů po CMP.

Formou kvalitativního předvýzkumu byla sesbírána od pacientů data v odstupu 3 měsíců po předání vytvořeného edukačního materiálu a v rámci kategorizace a kódování rozhovorů byly výsledky interpretovány. 7 z 10 pacientů z výzkumného vzorku zhodnotilo užitečnost edukačního materiálu a jeho přínos pro pacienty v akutní fázi cévní mozkové příhody a tyto výsledky potvrdily položenou výzkumnou otázku: „*Má „Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny“ přínos u pacientů po cévní mozkové příhodě?*“

Zajištění kontinuity léčby a rehabilitace prostřednictvím rehabilitačního procesu má důležitý efekt pro dosažení co nejvyšších funkčních schopností pacienta po CMP. Přechod z hospitalizace do domácího prostředí může být pro pacienty a jejich rodiny obtížný a je důležité zajištění dalších možností rehabilitace (Winstein et al, 2016).

Vzdělávací programy pro pečující osoby a pacienty po CMP by měly zahrnovat podpůrný program k řešení problémů a rozvoji dovedností, podporou psychických potřeb a finanční podpory, informace o možnostech medikace, respitních služeb, pečovatelských služeb a pojištění. Poradenství by mělo být součástí intervence. (Winstein et al, 2016).

2.10 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) AMBLER, Zdeněk a Jiří POLÍVKA. Význam iktových jednotek pro léčbu cévních mozkových příhod. *Neurologie pro praxi* [online]. 2001, 2. roč., č. 4, s. 168 – 172. [cit. 2017-10-04]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-200104-0003.php>
- 2) ARNAO, Valentina, Nemanja POPOVIC a Valeria CASO. How is stroke care organised in Europe?. *La Presse Médicale* [online]. 2016, **45**(12), e399-e408 [cit. 2018-04-01]. DOI: 10.1016/j.lpm.2016.10.004. ISSN 07554982. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0755498216303104>
- 3) BARTOŠ, Aleš a Miloslava RAISOVÁ. *Testy a dotazníky pro vyšetřování kognitivních funkcí, nálady a soběstačnosti*. Praha: Mladá fronta, 2015. Aeskulap. ISBN 9788020434913.
- 4) BÉJOT, Yannick, Henri BAILLY, Jérôme DURIER a Maurice GIROUD. Epidemiology of stroke in Europe and trends for the 21st century. *La Presse Médicale* [online]. 2016, **45**(12), e391-e398 [cit. 2018-04-26]. DOI: 10.1016/j.lpm.2016.10.003. ISSN 07554982. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0755498216303098>
- 5) BRUTHANS, Jan. Epidemiologie a prognóza cévních mozkových příhod. *Remedia*. [online]. 2009. [cit. 2017-05-04]. Dostupné z: <http://www.remédia.cz/Clanky/Prehledy-nazory-diskuse/Epidemiologie-a-prognoza-cevnich-mozkovych-prihod/6-F-Bn.magarticle.aspx>
- 6) CLEMSON, Lindy, Natasha A. LANNIN, Kylie WALES, et al. Occupational Therapy Discharge Home Visits in Acute Hospital Care: A Randomized Trial. *Journal of the American Geriatrics Society* [online]. 2016, **64**(10), 2019-2026 [cit. 2018-04-18]. DOI: 10.1111/jgs.14287. ISSN 00028614. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jgs.14287>
- 7) *Česká asociace ergoterapeutů* [online]. © 2008 [cit. 2017-10-20]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz>
- 8) Dartmouth - Hitchcock Medical Center. *Learning about Stroke. A Guide for Patients and Families* [online]. 2012. Dostupné z: http://www.dartmouth-hitchcock.org/documents/stroke_guide.pdf
- 9) DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 8024601397.
- 10) DRUMMOND, AER, P WHITEHEAD, K FELLOWS, N SPRIGG, CJ SAMPSON, C EDWARDS a NB LINCOLN. Occupational therapy predischarge home visits for patients with a stroke (HOVIS): results of a feasibility randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* [online]. 2013, **27**(5), 387-397 [cit. 2018-01-15]. DOI: 10.1177/0269215512462145. ISSN 0269-2155. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269215512462145>

- 11) DUNCAN, Pamela W., et al. Management of Adult Stroke Rehabilitation Care. A Clinical Practice Guideline. *Stroke* [online]. 2005, 36:e100. [cit. 2017-10-25]. Dostupné z: <http://stroke.ahajournals.org/content/36/9/e100.full>
- 12) DWORZYNSKI, K., G. RITCHIE a E. D. PLAYFORD. Stroke rehabilitation: long-term rehabilitation after stroke. *Clinical Medicine* [online]. 2015, 15(5), 461-464 [cit. 2018-04-28]. DOI: 10.7861/clinmedicine.15-5-461. ISSN 1470-2118. Dostupné z: <http://www.clinmed.rcpjournals.org/cgi/doi/10.7861/clinmedicine.15-5-461>
- 13) EDMANS, Judi. *Occupational therapy and stroke*. 2nd ed. Chichester, West Sussex, U.K.: Blackwell Pub., 2010. ISBN 978-1-4051-9266-8.
- 14) FALK, Annika Lindh, Nick HOPWOOD a Madeleine Abrandt DAHLGREN. Unfolding Practices: A Sociomaterial View of Interprofessional Collaboration in Health Care. *Professions* [online]. 2017, 7(2), 1-14 [cit. 2018-01-14]. DOI: 10.7577/pp.1699. ISSN 18931049. Dostupné z: <https://journals.hioa.no/index.php/pp/article/view/1699>
- 15) FEIGIN, Valery L. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. 1. české vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-428-7.
- 16) FULLERTON, K. ALBERT'S TEST: A NEGLECTED TEST OF PERCEPTUAL NEGLECT. *The Lancet* [online]. 1986, 327(8478), 430-432 [cit. 2018-04-22]. DOI: 10.1016/S0140-6736(86)92381-0. ISSN 01406736. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673686923810>
- 17) GLASER, Barney G. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research / Barney G. Glaser; Anselm L. Strauss*. 2008. ISBN 9780202302607.
- 18) GRACIES, Jean-Michel, Michael O'DELL, Michele VECCHIO, et al. Effects of repeated abobotulinumtoxinA injections in upper limb spasticity. *Muscle & Nerve* [online]. 2018, 57(2), 245-254 [cit. 2018-04-24]. DOI: 10.1002/mus.25721. ISSN 0148639X. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/mus.25721>
- 19) GUSTAFSSON, Louise, Nicole NUGENT a Lenka BIROS. Occupational Therapy Practice in Hospital-based Stroke Rehabilitation?. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2010, 19(2), 132-139 [cit. 2018-04-28]. DOI: 10.3109/11038128.2011.562915. ISSN 1103-8128. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/11038128.2011.562915>
- 20) HARBISON, J., O. HOSSAIN, D. JENKINSON, J. DAVIS, S. J. LOUW a G. A. FORD. Diagnostic Accuracy of Stroke Referrals From Primary Care, Emergency Room Physicians, and Ambulance Staff Using the Face Arm Speech Test. *Stroke* [online]. 2003, 34(1), 71-76 [cit. 2018-03-26]. DOI: 10.1161/01.STR.0000044170.46643.5E. ISSN 0039-2499. Dostupné z: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/01.STR.0000044170.46643.5E>

- 21) HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978807367485
- 22) HERRIN, Marcia. a Maria. LARKIN. *Nutrition counseling in the treatment of eating disorders*. 2nd ed. New York, NY: Brunner-Routledge, 2013. ISBN 9780415642576.
- 23) HUANG, Y, K CHANG, T LIOU, C CHENG, L LIN a S HUANG. Effects of Kinesio taping for stroke patients with hemiplegic shoulder pain: A double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Journal of Rehabilitation Medicine* [online]. 2017, **49**(3), 208-215 [cit. 2018-04-27]. DOI: 10.2340/16501977-2197. ISSN 1650-1977. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28233009>
- 24) *Integrovaný portál MPSV* [online]. 2018 [cit. 2018-04-24]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz>
- 25) ISABEL, Clothilde, David CALVET a Jean-Louis MAS. Stroke prevention. *La Presse Médicale* [online]. 2016, **45**(12), e457-e471 [cit. 2018-04-1]. DOI: 10.1016/j.lpm.2016.10.009. ISSN 07554982. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0755498216303153>
- 26) JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 9788073675837.
- 27) JUNGBAUEROVÁ, Ludmila. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) v praxi posudkového lékaře. *Revision* [online]. 2012, **15**(3/4), 114-115 [cit. 2017-11-05]. ISSN 12143170. Dostupné z: https://www.uzis.cz/system/files/mkf_cz.pdf
- 28) KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-85912-26-0.
- 29) KALITA, Zbyněk, P. BRABEC, J. ŠVANCARA, L. PAVLOVSKÁ, A. GAŤÁKOVÁ, I. ULČ. Vyhodnocení sběru epidemiologických dat u cévních mozkových příhod z registru IKTA. Incidence cévních mozkových příhod v okrese Zlín. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 2013; 76/109(2): 183-188. [cit. 2017-10-04]. Dostupné z: <http://www.csn.eu/pdf?id=40069>
- 30) KAŇOVSKÝ, Petr, Martin BAREŠ a Jaroslav DUFEK. *Spasticita: mechanismy, diagnostika, léčba*. Praha: MAXDORF, 2004. Jessenius. ISBN 8073450429.
- 31) KIRKEVOLD, M., L. KILDAL BRAGSTAD, E. GABRIELSEN HJELLE, et al. Promoting psychosocial well-being following stroke: Study protocol for a randomized, controlled trial. *BMC Psychology* [online]. 2018, **6**(1) [cit. 2018-04-23]. DOI: 10.1186/s40359-018-0223-6. ISSN 20507283. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29615136>

- 32) KJELLSTRÖM, NORRVING a SHATCHKUTE. Helsingborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies. *Cerebrovascular Diseases* [online]. 2007, **23**(23), 229-230 [cit. 2018-04-01]. ISSN 10159770. Dostupné z: <https://www.karger.com/Article/Abstract/97646>
- 33) KLENER, Pavel. *Propedeutika ve vnitřním lékařství*. 3., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2009. ISBN 9788072626434.
- 34) KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 9788070135358.
- 35) KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, c2009. ISBN 9788072626571.
- 36) KONEČNÝ P., M. Elfmark, S. Horák, T. Kadlčík, P. Dobšák, R. Mikulík.. Dysfagie po cévní mozkové příhodě. *Rehabilitace a Fyzikální Lékařství* [online]. 2015, Vol. 22 Issue 4, pan V.81-184. 4p. [cit. 2017-10-04]. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/>
- 37) KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.
- 38) Liga vozíčkářů. *Nápadník. Sborník informací a rad pro život s postižením*. Brno: 2015.
- 39) MAHONEY F. Barthel D (1965). "Functional evaluation: the Barthel Index". *Md Med J*. **14**: 61–65. PMID 14258950. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14258950>
- 40) MACHÁČOVÁ, Kateřina. SEMAFOR home – metodika hodnocení architektonických bariér v domácím prostředí. *Innovation Leadership Agency* [online]. 24.9.2014 [cit. 2018-04-24]. Dostupné z: <http://www.ila.cz/aktuality/semafor-home-metodika-hodnoceni-architektonickych-barier-v-domacim-prostredi/>
- 41) NASREDDINE, Ziad S., Natalie A. PHILLIPS, ValÃ©rie BÃ©DIRIAN, Simon CHARBONNEAU, Victor WHITEHEAD, Isabelle COLLIN, Jeffrey L. CUMMINGS a Howard CHERTKOW. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society* [online]. 2005, **53**(4), 695-699 [cit. 2018-04-22]. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x. ISSN 00028614. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- 42) *National Stroke Strategy*. London: Department of Health (DH)/Vascular Programme/Stroke. 2007. [cit. 2017-01-10]. Dostupné z: <http://clahrc-gm.nihr.ac.uk/wp-content/uploads/DoH-National-Stroke-Strategy-2007.pdf>
- 43) OSBORNE, Candice L., Walter J. MEYER, Kenneth J. OTTENBACHER a Christine M. ARCARI. Burn patients' return to daily activities and participation as defined by the International Classification of Functioning, Disability and Health: A systematic review. *Burns* [online]. 2017, **43**(4), 700-714 [cit. 2018-04-28]. DOI: 10.1016/j.burns.2016.10.013. ISSN 03054179. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0305417916304387>

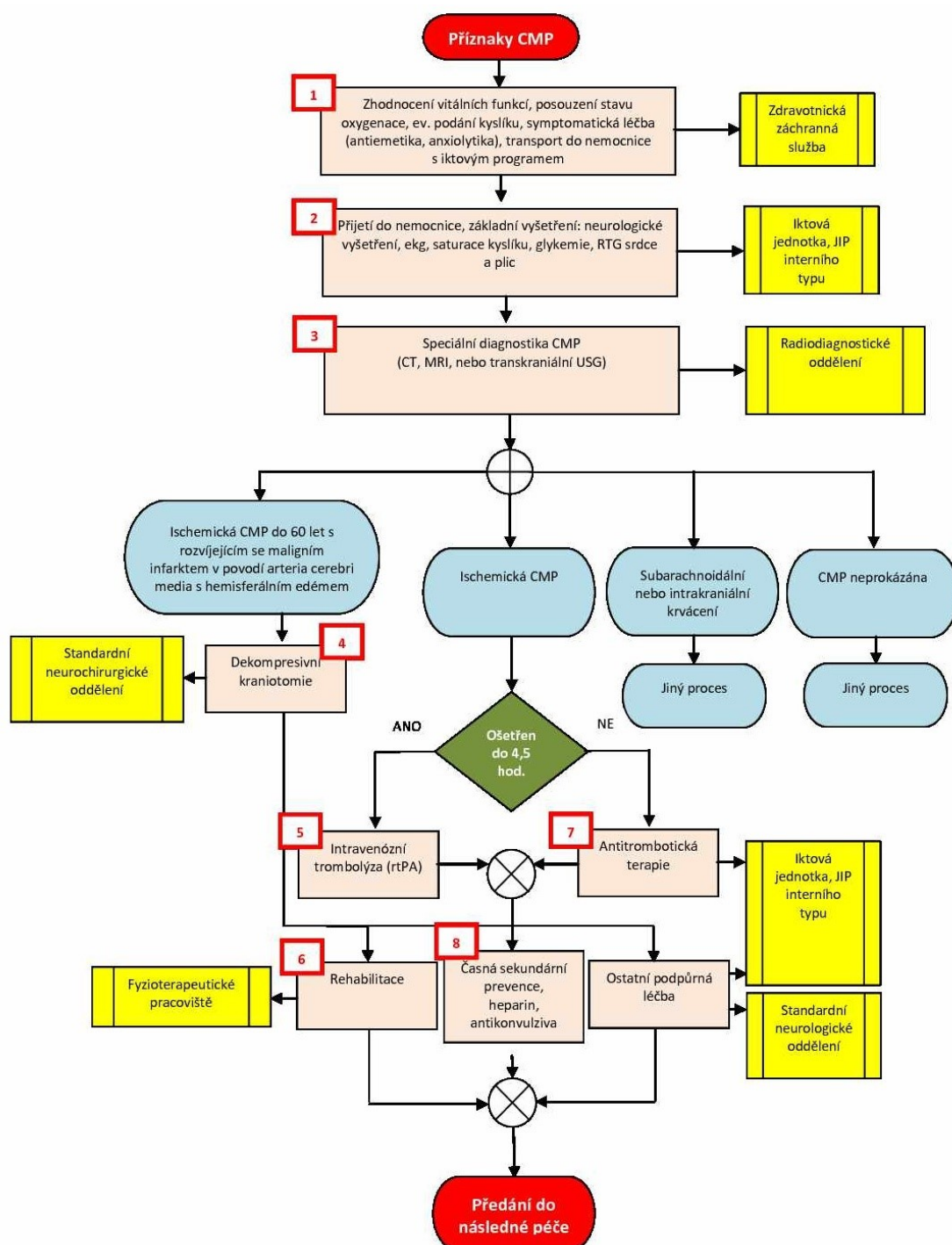
- 44) O'SULLIVAN, Susan B., Thomas J. SCHMITZ a George D. FULK. *Physical rehabilitation*. 6th ed. Philadelphia: F.A. Davis Co., c2014. ISBN 978-0-8036-2579-2.
- 45) RABADI, MH, M. GALGANO, D. LYNCH, M AKERMAN, M. LESSER a BT VOLPE. A pilot study of activity-based therapy in the arm motor recovery post stroke: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* [online]. 2008, **22**(12), 1071-1082 [cit. 2018-04-28]. DOI: 10.1177/0269215508095358. ISSN 0269-2155. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269215508095358>
- 46) RAYEGANI, Seyed Mansoor, Seyed Ahmad RAEISSADAT, Ebrahim ALIKHANI, Masume BAYAT, Mohammad Hasan BAHRAMI a Afshin KARIMZADEH. Evaluation of complete functional status of patients with stroke by Functional Independence Measure scale on admission, discharge, and six months poststroke. *Iranian Journal of Neurology* [online]. 2016, **15**(4), 202-208 [cit. 2018-04-21]. ISSN 2008384X. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5392193>
- 47) *Rehab Measures* [online]. © 2016 [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://www.rehabmeasures.org>
- 48) SEIDL, Zdeněk a Jiří OBENBERGER. *Neurologie pro studium i praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0623-7.
- 49) Stroke Unit Trialists C. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev* [online]. 2007;17(4):CD000197. [cit. 2017-01-10]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17943737>
- 50) SULLIVAN, J. E., B. E. CROWNER, P. M. KLUDING, D. NICHOLS, D. K. ROSE, R. YOSHIDA a G. PINTO ZIPP. Outcome Measures for Individuals With Stroke: Process and Recommendations From the American Physical Therapy Association Neurology Section Task Force. *Physical Therapy* [online]. 2013, **93**(10), 1383-1396 [cit. 2018-04-28]. DOI: 10.2522/ptj.20120492. ISSN 0031-9023. Dostupné z: <https://academic.oup.com/ptj/article-lookup/doi/10.2522/ptj.20120492>
- 51) SVĚCENÁ K. Hodnocení soběstačnosti pacientů v neurorehabilitaci. *Neurologie pro praxi*. Abstrakta. XI. Sympozium praktické neurologie 5. - 6. 6. 2014, Hotel International Brno. Solen: Olomouc. 2014, vol. 14, pp. 128-130, ISSN 1803-5884 ISBN 978-80-7473-073-5. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/2f4d6134625e321e1891777ee06149e6.pdf>
- 52) ŠVESTKOVÁ, Olga a Simona HOSKOVCOVÁ. Nové přístupy k náhledu na občana se zdravotním postižením a Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. *E-psychologie* [online]. 2010, **4**(4), 27-40 [cit. 2017-11-05]. ISSN 18028853. Dostupné z: <https://e-psycholog.eu/clanek/106>

- 53) ŠVESTKOVÁ, Olga, Yvona ANGEROVÁ, Rastislav DRUGA, Jan PFEIFFER a Jiří VOTAVA. *Rehabilitace motoriky člověka: fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 9788027100842.
- 54) ŠKODA, O., R. HERZIG, R. MIKULÍK, et al. Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou a s tranzitorní ischemickou atakou - verze 2016. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie* [online]. 2016, (3), 351-363 [cit. 2018-03-25]. ISSN 12107859. Dostupné z: <http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/klinicky-standard-pro-diagnostiku-a-lecbu-pacientu-s-ischemickou-cevni-mozkovou-prihodou-a-s-tranzitorni-ischemickou-58279>
- 55) TÜRKER, Duygu, Duygu KORKEM, Cemil ÖZAL, Mintaze Kerem GÜNEL a Sevilay KARAHAN. The effects of neurodevelopmental (Bobath) therapy based goal directed therapy on gross motor function and functional status of children with cerebral palsy. *International Journal of Therapies* [online]. 2015, 4(4), 9-16 [cit. 2017-12-12]. DOI: 10.5455/ijtr.00000060. ISSN 22780343. Dostupné z: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/108833898/effects-neurodevelopmental-bobath-therapy-based-goal-directed-therapy-gross-motor-function-functional-status-children-cerebral-palsy>
- 56) Úřad vlády ČR, Sekretariát Vládního výboru pro zdravotně postižené občany. *Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006-2009: přijatý usnesením vlády ČR ze dne 17.8.2005 č. 1004*. Praha, 2005. ISBN 80-86734-66-8.
- 57) VANBELLINGEN, T., B. KERSTEN, B. VAN HEMELRIJK, A. VAN DE WINCKEL, M. BERTSCHI, R. MÜRI, W. DE WEERDT a S. BOHLHALTER. Comprehensive assessment of gesture production: a new test of upper limb apraxia (TULIA). *European Journal of Neurology* [online]. 2010, 17(1), 59-66 [cit. 2018-04-28]. DOI: 10.1111/j.1468-1331.2009.02741.x. ISSN 13515101. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-1331.2009.02741.x>
- 58) VANBELLINGEN, T., B. KERSTEN, A. VAN DE WINCKEL, M. BELLION, F. BARONTI, R. MURI a S. BOHLHALTER. A new bedside test of gestures in stroke: the apraxia screen of TULIA (AST). *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* [online]. 2011, 82(4), 389-392 [cit. 2018-04-21]. DOI: 10.1136/jnnp.2010.213371. ISSN 0022-3050. Dostupné z: <http://jnnp.bmj.com/cgi/doi/10.1136/jnnp.2010.213371>
- 59) VOJTÍŠEK, Petr. Sociální pracovníci o profesionalizaci sociální práce v ČR. *Czech* [online]. 2017, 17(6), 152-159 [cit. 2018-01-14]. ISSN 12136204. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/index.php?sekce=2&ukol=detail&id=91&clanekid=1008>
- 60) VOKURKA, Martin. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 3., upr. vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 9788024620329.

- 61) WARLOW, Ch. *Stroke: practical management*. 3rd ed. Malden, Mass.: Blackwell Pub., 2007. ISBN 1-4051-2766-X.
- 62) World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* Geneva: World Health Organization; 2001.
- 63) World Health Organization. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: včetně nácviku soběstačnosti: průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0592-3.
- 64) WINSTEIN, Carolee J., Joel STEIN, Ross ARENA, et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. *Stroke* [online]. 2016, **47**(6), e98-e169 [cit. 2018-04-10]. DOI: 10.1161/STR.0000000000000098. ISSN 0039-2499. Dostupné z: <http://stroke.ahajournals.org/lookup/doi/10.1161/STR.0000000000000098>
- 65) Zeltzer L. Functional independence measure (FIM) [Online]. Available from: URL: <http://www.strokengine.ca/assess/fim/>

3 PŘÍLOHY

3.1 PŘÍLOHA Č. 1 - Schéma procesu organizace péče (Národní referenční centrum, 2011)



3.2 PŘÍLOHA Č. 2 - Informovaný souhlas pacientů s provedením studie

Informovaný souhlas pacienta

Jméno pacienta:

Datum narození:

Klinický výzkum k diplomové práci na téma: Soubor doporučení pro osoby po cévní mozkové příhodě a jejich rodiny po propuštění z včasných iktových lůžek.

Autor práce: Bc. Iveta Kovářová
Vedoucí práce: Mgr. Alice Oktábcová

Kontakt: ive.kovarova@gmail.com

Popis studie:

Vážený pane / vážená paní, jmenuji se Iveta Kovářová a jsem studentkou druhého ročníku navazujícího magisterského studia ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Ráda bych Vás seznámila se zásadními informacemi, které souvisejí s Vaší potenciální účastí na výzkumu k mé diplomové práci.

Cílem této práce je získání zpětné vazby k Přehledu doporučení od pacientů, kterým byl přehled před propuštěním do domácího prostředí předán. Tato zpětná vazba bude získávána pomocí rozhovorů s pacienty v odstupu 3 měsíců po propuštění do domácího prostředí. Cílem je prokázat přínos přehledu u pacientů po CMP pomocí kvalitativního výzkumu.

Informace pro pacienta:

1. Já, níže podepsaný/á souhlasím s mou účastí ve studii a prohlašuji, že je mi více než 18 let.
2. Byl/a jsem podrobně informován/a o cíli studie, o jejích postupech a o tom, co se ode mě očekává. Studentka pověřená prováděním studie mi vysvětlila očekávané přínosy. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností.
3. Souhlasím s vedením rozhovoru, ve kterém v odstupu 3 měsíců studentce poskytnu zpětnou vazbu k Přehledu doporučení, který jsem obdržel/a.
4. Porozuměl/a jsem tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či odstoupit, aniž by to jakkoliv ovlivnilo průběh mé další rehabilitace. Moje účast ve studii je dobrovolná.
5. Při zařazení do projektu budou má osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Je zaručena ochrana důvěrnosti mých osobních dat. Při vlastním provádění projektu mohou být osobní údaje poskytnuty jiným než výše uvedeným subjektům pouze bez identifikačních údajů.
6. Porozuměl/a jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já naopak nebudu proti použití výsledků z této studie.

Děkuji za Vaši pozornost, věnovanou informacím, týkajícím se etických hledisek výzkumu, a tímto Vás žádám o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Bc. Iveta Kovářová



Podpis studentky, pověřené touto studií:

Prohlašuji, že studentka 1. LF UK, která mi poskytla poučení, mi osobně vysvětlila vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást jí otázky, na které mi řádně odpověděla. Prohlašuji, že jsem výše uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím se zahrnutím do této studie.

Vlastnoruční podpis pacienta:

Datum, čas:

3.3 PŘÍLOHA Č. 3 - Informovaný souhlas pacientů s pořízením a nakládáním s audionahrávkou

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 IČ 00064165, tel. 224961111 Informovaný souhlas	 IS-VFN-032
---	---	---

--

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
SOUHLAS S POŘÍZENÍM A NAKLÁDÁNÍM S FOTODOKUMENTACÍ, VIDEOZÁZNAMEM, ČI AUDIOZÁZNAMEM	
<u>Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:</u> Mé osobní údaje budou chráněny podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů. Fotografie, videozáznam, či audiozáznam jsou určeny výhradně pro dokumentaci mého aktuálního zdravotního stavu, lékařský výzkum, vzdělávání nebo tvorbu výukových materiálů pro zdravotnické pracovníky a studenty oborů zabývajících se zdravotní problematikou. Jakékoliv jiné, komerční využití nebo veřejné provozování záznamů bez dalšího výslovného písemného souhlasu pacienta či zákonného zástupce je vyloučeno. Tento souhlas může pacient či zákonný zástupce kdykoliv písemně odvolat.	
<u>Pořízení záznamu se konkrétně týká:</u> <input type="checkbox"/> fotodokumentace <input type="checkbox"/> videozáznam <input type="checkbox"/> audiozáznam	
Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s výše uvedeným: V případě, že pacient je nezletilý nebo s omezenou svéprávností a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý: Prohlašuji, že jsem byl poučen v rozsahu, který je uveden výše. V Praze dne: <i>podpis pacienta / zákonného zástupce</i> <i>jméno, příjmení a podpis lékaře</i> <i>podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností</i>	

verze číslo: , platnost od:

tisk:

3.4 PŘÍLOHA Č. 4 - Vyjádření etické komise k výzkumnému projektu

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
ETHICS COMMITTEE
of the General University Hospital, Prague

Na Bojišti 1
128 08 Praha 2
tel.: 224964131
e-mail: eticka.komise@vfh.cz

Vážená paní
Bc. Iveta Kovářová
Jilemnická 12
197 00 Praha 9

14.12.2017
č.j.: 1981/17 S-IV

Etická komise VFN projednala na svém zasedání 14.12.2017 Vámi předložený individuální výzkumný projekt – diplomovou práci magisterského studie, č.j. 1981/17 S-IV – **diplomová práce**

Název studie/Title of CT: Soubor doporučení pro osoby po cévní mozkové příhodě a jejich rodiny po propuštění z včasných iktových lůžek

Žadatel/Applicant: Bc. Iveta Kovářová, Lůžka včasné rehabilitace – Geriatrická klinika 1.LF UK a VFN v Praze, Londýnská 545/15, 128 08 Praha 2

Lhůta pro podání písemné zprávy o průběhu KH od jeho zahájení/ Time schedule for submission of the written Annual Report: ☒ 1x ročně/Once a year ☐ Jiná lhůta/Other

Uhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska /Reimbursement of costs related to assessment of the EC: ☐ Ano/Yes ☒ Ne, důvod/No, reasons: Nesponzorovaný projekt

Datum doručení žádosti / Date of submission of the Application Form: 5.12.2017

Datum jednání EK+čas/Date and time of Ethics Committee's session: 14.12.2017(15,30 – 18,15hod.)

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled

Místo hodnocení / Jméno zkoušejícího Trial Site / Name of Investigator	Místní EK Local EC	Adresa místní EK Address
Bc. Iveta Kovářová, Lůžka včasné rehabilitace – Geriatrická klinika 1.LF UK a VFN, Londýnská 545/15, 128 08 Praha 2	<input checked="" type="checkbox"/>	EK při VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Seznam hodnocených dokumentů / List of all submitted documents:

Název dokumentu, verze, datum Document title, version, date	Schváleno /Approved		Na vědomí / Taken into account	
	ANO Yes	NE No	ANO Yes	NE No
Průvodní dopis a anotace práce, nedatováno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zkrácený formulář EK VFN + souhlas přednosty kliniky ze dne 5.12.2017	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metody sběru dat 4.12.2017	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Popis projektu, nedatováno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informovaný souhlas, nedatován	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhlas s pořízením a nakládáním s fotodokumentací, videozáznamem, či audiozáznamem, nedatováno	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny – cévní mozková příhoda, nedatováno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Životopis zkoušející: Bc. Iveta Kovářová	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Čestné prohlášení o provádění výzkumu ve VFN a souhlas přednosty kliniky, 4.12.2017	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žádost o dotazníkovou práci ze dne 5.12.2017	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stanovisko etické komise:

EK vydává / EC issues

☒ Souhlasné stanovisko/Favourable opinion
☐ Nesouhlasné stanovisko/Unfavourable opinion

EK VFN vydává **souhlasné** stanovisko k provedení diplomové práce "Soubor doporučení pro osoby po cévní mozkové příhodě a jejich rodiny po propuštění z včasných iktových lůžek" na Geriatrické klinice 1.LF UK a VFN v Praze, s **podmínkami** :

- zrušení věty na str.1 nedatovného Inform.souhlasu pacienta "pod číselným kódem. Rovněž pro výzkumné ...s mým výslovným souhlasem." a
- zárukou anonymizace upřesněných videozáznamů a audiozáznamů v Souhlasu s pořízením a nakládáním s fotodokumentací..., ve verzi IS-VFN-032.

Etická komise
Všeobecná fakultní nemocnice
v Praze
Na Bojišti 1
128 08 Praha 2

Podpis předsedy EK / Signature of Chairperson

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.

1/2

Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:

	Muž/ Žena Male/ Female	Odbornost Specialist	Zaměstnanec zřizovatele EK* Ano Yes Ne No	Funkce v EK Role in EC	Přítomen Attendance Ano Yes Ne No	Hlasoval Voted Ano Yes Ne No			
MUDr. Josef Šedivý, CSc.	M/M	Clinical Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Předseda/ Chairperson	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
MUDr. Magda Šišková, CSc.	Ž/F	Haematologist	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Místopředseda/ Vice-chairperson	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
JUDr. Milada Džupinková, MBA	Ž/F	Lawyer	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
Jana Farkačová	Ž/F	Lab. Technician	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Doc. MUDr. Pavel Freitag, CSc.	M/M	Gynaecologist	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Ing. Antonín Grošpic, CSc.	M/M	Engineer	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Prof. MUDr. Eva Kubala Havrdová, CSc.	Ž/F	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
MUDr. Hana Honová	M/M	Oncologist	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
MUDr. Anna Jedličková	Ž/F	Microbiologist	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
MUDr. Jiří Kolář	M/M	Cardiologist	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
MUDr. Ladislav Korábek, CSc., MBA	M/M	Dental surgeon	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Prof. MUDr. František Perlík, DrSc.	M/M	Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Prof. MUDr. Jan Roth, CSc.	M/M	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Mgr. Libuše Roytová Mgr. ThLic. of Theologie	Ž/F	Member of clergy	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
MUDr. Kateřina Rusinová, MgA., Ph.D.	Ž/F	Anesthesiologist- Intensive Med.	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
JUDr. Sárka Špeciánová	Ž/F	Lawyer	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
MUDr. Marcela Trojánková	Ž/F	Privat Nefrologist	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Prof. MUDr. Jiří Zeman, DrSc.	M/M	Paediatricist – Adolescent Med	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

pozn: *Zaměstnanec zřizovatele EK/ Employee of EC appointing authority)

Etická komise prohlašuje, že byla ustanovena a pracuje v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy. Poslední sloupec udává, zda členové EK byli přítomni hlasování, ale nikoli jak hlasovali ve věci./The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with GCP and valid legal regulations. EC members personally presented the voting procedure (and NOT their individual voting result to or against the cause) are indicated in the last column :

☒ Ano/Yes ☐ Ne/No

Komentář/Comments:

Datum/Date: 14.12.2017

Podpis předsedy EK nebo zástupce
Signature of Chairperson or Vice-Chairperson

Etická komise
Všeobecná fakultní nemocnice
v Praze
Na Bojišti 1
128 08 Praha 2

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.

3.5 PŘÍLOHA Č. 5 - Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny



CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny



Obsah

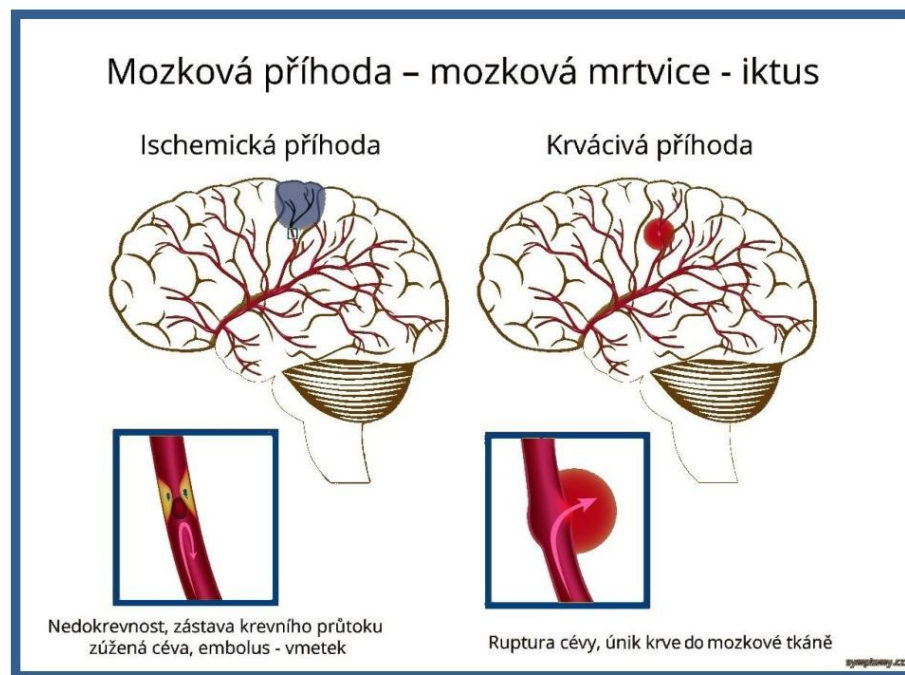
<i>CO MĚ TO POTKALO?</i>	4
Cévní mozková příhoda	4
<i>JAKÉ JSOU PŘÍZNAKY CMP?</i>	5
<i>JAKÉ MOHOU BÝT NÁSLEDKY CMP?</i>	6
<i>CO JEŠTĚ MŮŽE PŘÍHODU DOPROVÁZET?</i>	7
Afázie	7
Inkontinence	8
Poruchy polykání a příjmu potravy	9
<i>JAK MOHU SNÍŽIT RIZIKA?</i>	10
<i>JAKÉ JSOU MOŽNOSTI REHABILITACE?</i>	11
<i>JAK ZVLÁDNU NÁVRAT DO BĚŽNÉHO ŽIVOTA?</i>	12
<i>JAK MOHU PŘIZPŮSOBIT DOMÁCÍ PROSTŘEDÍ?</i>	13
Pořízení kompenzačních pomůcek	13
Příklady pomůcek	14
<i>KDE MOHU POŽÁDAT O FINANČNÍ PODPORU?</i>	16
<i>JAK PŘISTOUPIT K LÉČBĚ SPASTICITY?</i>	17
<i>JAK MOHU PŘEDEJÍT BOLESTI?</i>	18
<i>JAK UŽÍVAT NOVÉ LÉKY?</i>	20
<i>JAK SE MOHU VYPOŘÁDAT S ÚNAVOU?</i>	21
<i>NA KOHO SE MOHU OBRÁTIT?</i>	22
<i>KDO SE VĚNUJE REHABILITACI PO CMP?</i>	23
Nabídka služeb	25
<i>O JAKÉ PŘÍSPĚVKY MOHU ŽÁDAT?</i>	28
Příspěvek na péči	28
Příspěvek na mobilitu	28
Příspěvek na zvláštní pomůcku	29
Průkaz osoby se zdravotním postižením	29
<i>MOHU SE VRÁTIT ZPĚT DO ZAMĚSTNÁNÍ?</i>	30
<i>MOHU SE VRÁTIT K ŘÍZENÍ AUTOMOBILU?</i>	31
<i>JAKÝCH AKTIVIT SE MOHU ÚČASTNIT?</i>	32
Vhodné sportovní aktivity	32
Další aktivity	32

CO MĚ TO POTKALO?

Cévní mozková příhoda

Pojem **cévní mozková příhoda** (CMP, iktus) označuje situaci, kdy dojde k přerušení zásobování části mozku krví, kvůli čemuž postižená část mozku není schopna plnit svou funkci a dochází k rychlému odumírání mozkových buněk. Příčinou bývá většinou **ucpání cévy krevní sraženinou**, v menší míře pak **prasknutí cévy a následné krvácení do mozku**.

Při cévní mozkové příhodě se často objevují tzv. **parézy** (ochrnutí, částečná ztráta hybnosti) či tzv. **plegie** (**úplné ochrnutí, obrna, úplná ztráta hybnosti**). Je charakteristické, že parézy i plegie se vyskytují vždy **na jedné půlce těla** (pravé či levé) a je to vždy na druhé straně než mozková hemisféra, kde došlo k poškození mozkové tkáně.



JAKÉ JSOU PŘÍZNAKY CMP?

Jak rozpoznat příznaky cévní mozkové příhody?

Metodou **FAST**



Face
obličej

Požádám člověka, aby se usmál.
**Je patrný pokles ústního
koutku nebo očního víčka?**



Arm
paže

Zvednu mu ruce do předpažení.
**Nemůže udržet obě paže ve
stejně výšce a jedna nápadně
poklesne oproti druhé?**



Speech
řeč

Zeptám se ho, jak se jmenuje.
**Odpovídá nesrozumitelně či
má potíže s porozuměním?**



Time
čas

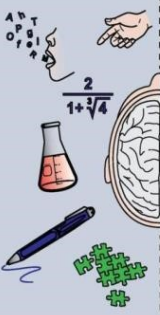
Pokud zaznamenám aspoň
jediný z těchto příznaků
**IHNED VOLÁM
155!**



www.fnusa-icrc.org

JAKÉ MOHOU BÝT NÁSLEDKY CMP?

Levá mozková hemisféra



Možné následky CMP na levé straně mozku:

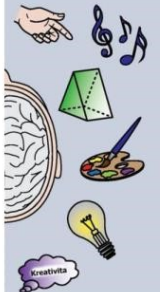
- slabost nebo ochrnutí na pravé straně těla
- poruchy verbálního projevu
- potíže při čtení, psaní, počítání
- potíže s učením nebo zapamatováním si nových informací
- potřeba častých pokynů pro dokončení úkolů
- problém s obecnými pojmy (orientace v čase)

www.heartandstroke.ca

Možné následky CMP na pravé straně mozku:

- slabost nebo ochrnutí na levé straně těla
- poruchy vidění a problémy s prostorovou orientací
- problémy s běžnými činnostmi
- problémy se čtením v mapách
- problémy s krátkodobou pamětí
- zapomínání či ignorování předmětů či lidí na levé straně
- obtíže s úsudkem, impulzivní jednání

Pravá mozková hemisféra



www.heartandstroke.ca

INTERNETOVÉ ZDROJE:

Cerebrovaskulární ambulance	www.cmp-brno.cz
Cerebrovaskulární manuál	www.cmp-manual.cz
Sdružení CMP	www.sdruzenicmp.cz
Cévní mozková příhoda	www.mozkovaprihoda.cz

CO JEŠTĚ MUŽE PŘÍHODU DOPROVÁZET?

Afázie

Jedná se o ztrátu schopnosti řeči nebo porozumění. Je způsobena narušením řečových center v mozku.

Existují dva typy afázie:

- Expresivní - víte, co chcete říci, ale slova nelze vyslovit
- Receptivní – je těžké pochopit, co lidé říkají vám



PRAVIDLA PRO KOMUNIKACI:

- **Nekřič na mne**, nejsem hluchý.
- **Dotýkej se mne**, cítím se pak být zapojený do komunikačního dění okolo mne.
- Když se mnou mluvíš, dbej na to, abych ti **viděl do obličeje**, usnadníš mi tím porozumět ti.
- Když o mně hovoříš s kolegy, **nehovoř, jako bych nebyl přítomen**.
- Používej **krátké věty a slova** s jasným, jednoznačným významem.
- Doprovázej svou komunikaci se mnou **jednoduchými gesty** - usnadníš mi správně ti porozumět.
- **Někdy nebudu s jistotou rozumět**, co po mne žádáš, ale jistě tě dokážu napodobit.
- Měj se mnou **trpělivost** a dej mi čas, ať se mohu vyjádřit.
- Žertuj, legraci chápu, ale **nezesměšňuj mne!**
- **Nevyhýbej se mi**.
- Ubezpečuj mne, i mé blízké, že **stále zůstávám člověkem**.

(MUDr. Václav Lukáš)

www.afazie.cz

www.klinickalogopedie.cz

www.klin-logopedie.cz

Afázie může ztížit čtení, psaní nebo počítání. Může být velmi frustrující jak pro pacienta, tak pro pečovatele a rodinu. Závažnost afázie se může lišit od člověka k člověku. U některých lidí je dočasná a po CMP se rychle zlepšuje.

Inkontinence

Inkontinence je problém s kontrolou močového měchýře nebo střev. Mnoho osob po CMP trpí inkontinencí, jejíž kontrola se však v průběhu času může zlepšit.

Tipy pro obnovu funkce močového měchýře:

- chození na toaletu v pravidelných intervalech (například jednou za dvě hodiny)
- dostatečný příjem tekutin (snižuje riziko infekce močových cest)
- omezení příjmu tekutin před spaním
- uložení sběrné nádoby na moč v dosahu
- noční osvětlení v ložnici
- speciální jednorázové ložní podložky
- absorpční spodní prádlo
- rady dietologa
- léky

Přídavná zařízení na toaletu:

- zvýšený nástavec na záchodovou mísu
- madla
- toaletní židle

Příznaky infekce močových cest:

- zvýšení frekvence močení nebo nehod
- naléhavá potřeba močení
- změna v chování, zvýšený neklid
- pálení nebo bolest při močení
- silně páchnoucí moč

Pokud se objeví některý z těchto příznaků, porad'te se se svým lékařem!

Poruchy polykání a příjmu potravy

Cévní mozková příhoda může ovlivnit svaly úst, jazyka a krku. V důsledku toho vznikají potíže s polykáním, známé jako **dysfagie**. Dysfagie může být dočasná nebo trvalá.

Tipy při potížích s polykáním:

- při jídle sedět vzpřímeně na lůžku nebo židli
- upřednostnit malá sousta
- žvýkat na silnější straně úst
- důkladně přežvýkat každé sousto před polknutím
- nemluvit během žvýkání
- při velkém slinění si otřít ústa ubrouskem
- vyvarovat se rozptýlení při jídle
(vypnout televizi nebo rádio, vyhnout se obsazené restauraci a jídelně)
- po jídle si důkladně vyčistit ústa



JAK MOHU SNÍŽIT RIZIKA?

Pro snížení rizika cévní mozkové příhody je důležité provést určité změny a začít žít zdravěji.

Jak mohu ovlivnit rizika?

- snížení množství tabáku nebo expozici tabákovému kouři
- udržování krevního tlaku v normě
- snížení příjmu cholesterolu
- udržení správné hladiny cukru v krvi
- snížení hmotnosti při nadváze
- zdravá výživa
- pravidelná fyzická aktivita
- snížení stresu
- omezení příjmu alkoholu
- omezení užívání omamných látek a léků



NUTRIČNÍ TIPY

Co je pro mě zdravé:

- ryby
- kuřecí maso
- nízkotučné mléčné výrobky
- vaječné bílky
- zelenina
- ovoce, ořechy, sója, ...

Čemu se raději vyhnout:

- plnotučné mléko a tučné mléčné výrobky
- máslo
- červené maso, klobása, slanina
- smažené potraviny
- sušenky, zákusky, koláče

JAKÉ JSOU MOŽNOSTI REHABILITACE?

Na rehabilitaci pacientů po CMP se specializuje **Rehabilitační ústav Chotěboř**. Dalšími rehabilitačními zařízeními s komplexní péčí pro pacienty po CMP jsou např. **Hamzova léčebna Luže - Košumberk**, **Léčebné rehabilitační středisko Chvaly**, **Rehabilitační ústav Kladruby**, **Rehabilitační ústav Hrabyně** či **Vojenský rehabilitační ústav Slapy**.

Rehabilitační ústav pro cévní choroby mozku, spol. s r.o.	Dr. Rykra 859, 583 01, Chotěboř	www.rehustav.cz
Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé Luže - Košumberk	Košumberk 80, 538 54, Luže	www.hamzova-lecebna.cz
Léčebné a rehabilitační středisko Chvaly o.p.s.	Stoliňská 920, 193 00, Praha 20	www.chvaly.cz
Rehabilitační ústav Kladruby	Kladruby 30, 257 62, Kladruby u Vlašimi	www.rehabilitace.cz
Rehabilitační ústav Hrabyně	Hrabyně 204, 747 67, Hrabyně 3	www.ruhabyne.cz
Vojenský rehabilitační ústav Slapy	Volareza Slapy 252 08, Slapy nad Vltavou	www.volareza.cz

Základní péče je hrazena pojišťovnou a pobyt v těchto ústavech je na několik týdnů. Podrobnější informace o přijetí jsou k dispozici na příslušných webových stránkách.

DALŠÍ MOŽNOSTI REHABILITACE:

- **rehabilitační ústavy**
- **LDN - léčebny následné péče**
- **ambulantní rehabilitace v místě bydliště**
- **lázeňská péče**

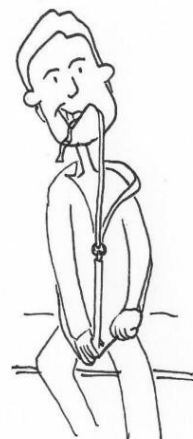
JAK ZVLÁDNU NÁVRAT DO BĚŽNÉHO ŽIVOTA?

„ERGOTERAPIE“ je zdravotnická profese, jejímž cílem je umožnit osobám s různým typem postižení zachovat si maximální soběstačnost v běžných denních činnostech, pracovních činnostech a aktivitách volného času. Nácvik činností probíhá v reálných situacích. Ergoterapeut pomáhá řešit praktické otázky související se snížením či ztrátou soběstačnosti v činnostech, které jsou pro člověka nepostradatelné.

(Česká asociace ergoterapeutů, 2008)

S čím se mohu obrátit na ergoterapeuta?

- nácvik každodenních činností (oblékání, osobní hygiena, koupání, stravování, vaření, péče o domácnost, nakupování, manipulace s penězi, práce na PC, orientace v terénu)
- vyšetření a trénink kognitivních funkcí (paměť, orientace, pozornost,...)
- návrh úpravy domácího a pracovního prostředí
- návrh kompenzačních pomůcek
- terapie ruky (nácvik úchopů, svalové síly, jemné motoriky, psaní,...)
- předpracovní a pracovní rehabilitace, ergodiagnostika
- poradenství a podpora v zájmových aktivitách
- poradenství a podpora v sociální oblasti



12

JAK MOHU PŘIZPŮSOBIT DOMÁCÍ PROSTŘEDÍ?

Po cévní mozkové příhodě je většinou potřeba upravit domácnost tak, aby bylo vše dobře a bezpečně přístupné.

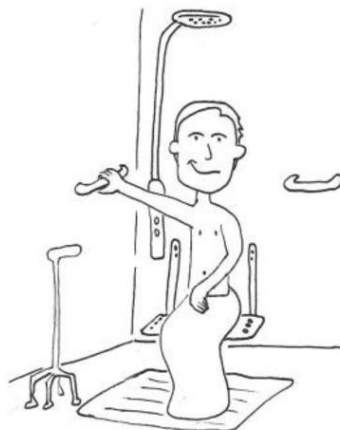
Co mohu ovlivnit?

Bezpečnost - odstranění prahů, koberců a předložek, o které by se dalo zakopnout, připevnění madel a další opatření

Dostupnost - instalace zábradlí, zvažení výtahu, plošiny či rampy, uspořádání nábytku tak, aby neomezoval přístupnost, úprava výšky nábytku, přesun termostatu, zásuvek a vypínačů pro lepší dosah

Pořízení kompenzačních pomůcek

- pomůcky k chůzi a přesunům, oblékání, koupání a osobní hygieně, příjmu potravy, vaření, úklidu
- dostupné ve specializovaných prodejnách kompenzačních pomůcek či ve zdravotnických potřebách



PŘÍKLAD PRODEJEN KOMPENZAČNÍCH POMŮCEK v Praze:

DMA Praha	Na Slupi 2103/2c, 128 00, Praha 2	www.dmapraha.cz
Ottobock.	Protická 460, 330 08, Zruč-Senec	www.ottobock.cz
ORTOSERVIS	Ronkova 13/353, 180 00 Praha 8	www.ortoservis.cz
Meyra	Hrusická 2538/5, 141 00, Praha 4	www.meyra.cz

13

Příklady pomůcek

KOUPELNA A WC:

- instalace madel v koupelně a na WC
- nahrazení vany sprchovým koutem
- protiskluzové podložky v koupelně
- pořízení koupacího vozíku, sedačky do vany či sprchy
- pořízení nástavce na WC

KUCHYŇ:

- protiskluzové linoleum
- vodovodní baterie s jednoduchým ovládáním
- správné výškové nastavení kuchyňské linky a spotřebičů
- uspořádání skříněk tak, aby věci v nich byly dosažitelné
- otočné police
- upravené prkénko s možností napíchnutí krájené potravin
- podavač předmětů
- speciální stravovací pomůcky (přístroje s širokým úchopem)

LOŽNICE:

- polohovací lůžko

Ted' už vím, že...

...pomůcky předepisuje **praktický lékař, rehabilitační lékař, neurolog, ortoped a geriatr.**

...na většinu pomůcek se vztahuje užitná **dobu 5 let.**

...některé pomůcky (k chůzi, přesunům, do koupelny a na WC) jsou částečně či plně **hrazeny pojišťovnou.**

...pomůcky jsou dostupné u různých dodavatelů (např. kontakty výše).

...příklady pomůcek včetně orientační ceny najdu v následující tabulce.

 <p>www.dmapraha.cz</p>	<p>Nástavec na WC plastový</p> <p>Popis:: K dostání různé výšky nástavce na WC (5cm, 10cm, 15cm)</p> <p>Cena: plně hrazeno pojišťovnou</p>	 <p>www.dmapraha.cz</p>	<p>Vidlička ergonomická</p> <p>Popis:: ergonomická rukojeť, nastavitelný tvar, barva: černá/červená</p> <p>Cena: 150 Kč</p>
 <p>www.dmapraha.cz</p>	<p>Podpěra na WC</p> <p>Popis:: duralový rám, nastavitelná výška, vyměkčené područky,</p> <p>Cena: 1500 Kč</p>	 <p>www.dmapraha.cz</p>	<p>Kuchyňské prkénko</p> <p>Popis:: protiskluzové přísavky, 3 typy struhadla, zarážky, fixační bodce,</p> <p>Cena: 1500 Kč</p>
 <p>www.dmapraha.cz</p>	<p>Sedačka na vanu</p> <p>Popis:: nastavitelná dle šířky vany, perforace pro odtok vody, podpůrné madlo</p> <p>Cena: plně hrazeno pojišťovnou</p>	 <p>www.dmapraha.cz</p>	<p>Mycí kartáč</p> <p>Popis:: prodloužený ergonomický úchop (75cm)</p> <p>Cena: 360 Kč</p>
 <p>www.dmapraha.cz</p>	<p>Židle do sprchy</p> <p>Popis:: sedátko s výřezem, opěrka zad, pevné područky, nastavitelná výška</p> <p>Cena: plně hrazeno pojišťovnou</p>	 <p>www.dmapraha.cz</p>	<p>Navlékač ponožek</p> <p>Popis:: plastový, ulehčuje oblékání bez nutnosti ohýbání</p> <p>Cena: 145 Kč</p>
 <p>www.dmapraha.cz</p>	<p>Polohovací lůžko</p> <p>Popis:: polohování roštu, nastavení výšky lůžka, bezpečnostní postranice</p> <p>Cena: plně hrazeno pojišťovnou</p>	 <p>www.dmapraha.cz</p>	<p>Tkaničky elastické</p> <p>Popis:: elastické, samozavazovací, ulehčují nazutí bez nutnosti vázání</p> <p>Cena: 80 Kč</p>

KDE MOHU POŽÁDAT O FINANČNÍ PODPORU?

Nadace a nadační fondy slouží k podpoře zdravotně postižených osob. Komu, na co a za jakých podmínek bude poskytnuta podpora je v jejich kompetenci.

Nadace Charty 77

– Konto BARIÉRY

Odkaz:	www.kontobariery.cz
Adresa:	Melantrichova 5, 110 00, Praha 1
Telefon:	224 214 452

Příspěvky:

- rehabilitační a kompenzační pomůcky, bezbariérové úpravy bytů, škol a dalších veřejných budov
- projekty, které souvisejí se vzděláváním a pracovním uplatněním osob s různým typem postižení

Nadační fond J+T

Odkaz:	www.nadacejt.cz
Adresa:	Malostranské nábřeží 563/3, 118 00, Praha 1
Telefon:	221 710 374

Příspěvky:

- speciální autosedačky, postele, matrace, chodítka, příslušenství k vozíkům
- speciální úpravy automobilů, stropní zvedák, schodišťová plošina nebo sedačka, schodolezy, MOTomed, bezbariérové úpravy

Nadace Olgy Havlové

- Výbor dobré vůle

Odkaz:	www.vdv.cz
Adresa:	Senovážné náměstí 2, 110 00, Praha 1
Telefon:	224 217 331

Příspěvky:

- pomoc občanským sdružením a charitativním institucím, které vytvářejí nabídku aktivního způsobu života nejstarší generace
- důstojné prožívání stáří těch, kdo se již sami o sebe postarat nemohou

JAK PŘISTOUPIT K LÉČBĚ SPASTICITY?

SPASTICITA je definována jako zvýšené napětí svalů v závislosti na rychlosti protažení svalu. Představuje jeden z nejzávažnějších a nejrozšířenějších symptomů poškození centrálního nervového systému.

Spasticita zhoršuje stav pacientů, bývá doprovázena bolestivými vjemy a narušuje celý rehabilitační proces.

KDO SE SPECIALIZUJE NA LÉČBU SPASTICITY?

Neurologická klinika VFN
Neurologická klinika FN Královské Vinohrady Praha
Neurologická klinika FN Motol
Odborná poradna pro léčbu spasticity ÚVN, Praha

Léčebné přístupy:

- **rehabilitační léčba spasticity**
 - zahrnuje polohování nemocného, pasivní protahování svalů,
 - použití protetických pomůcek (např. dlahování),
 - elektrostimulace, aplikace tepla, chladu, ultrazvuk
- **farmakoterapie spasticity**
 - široká paleta léků s různým místem účinku
- **aplikace botulotoxinu**
 - ovlivnění místní spasticity aplikací botulotoxinu do svalu
 - spojení s intenzivní fyzioterapií, kdy pacient rehabilituje doma sám na základě instrukcí fyzioterapeuta: strečinkový režim a opakované pohyby včetně vyplňování deníků
 - organizace péče do tříměsíčních terapeutických cyklů
 - monitorována efektivita a tolerance terapie

JAK MOHU PŘEDEJÍT BOLESTI?

Po iktu mohou nastat pohybové problémy vlivem ochrnutí nebo slabosti svalů. Pokud svaly nejsou používány, způsobují bolestivou ztuhlost kloubů nebo kontrakce či přetažení svalů.

PÉČE O HORNÍ KONČETINY:	PÉČE O NOHY:
<ul style="list-style-type: none"> • správné polohování (podložení ramene a zápěstí, rozevření dlaně) • podložení ruky do zvýšené pozice • kartáčování hřbetu ruky a zápěstí pro uvolnění stažených svalů • protahování zkrácených svalů • rozevírání dlaně pomocí zdravé ruky • zapojování postižené ruky do aktivit 	<ul style="list-style-type: none"> • kontrola nohou každý den (trhliny, puchýřky, vředy, otok, změny barvy kůže) • nošení ponožek – absorbují pot a drží nohy v chladu a suchu • správně zvolená, vhodná a padnoucí obuv (pevné boty, bez podpatku, vložky do bot, tkaničky nebo suchý zip, zaoblená špička)

Bolestivé rameno - bolest souvisí s napětím svalů a vazů způsobeným nesprávnou polohou a špatným zdviháním paže



Tipy pro snížení bolestivosti ramene:

- spolupráce s terapeutem
- vhodné polohování, udržení kloubů ve správné pozici
- podpora ramene v podpaží roličkami z měkkého materiálu (vata, vlna, molitan)
- vnější rotace ramenního kloubu
- zatížení správně zapolohovaného ramene
- cviky na přetáčení se sepnutýma rukama
- co nejvíce pohybu a kontroly, speciální cvičení nebo funkční aktivita

Pomůcky k chůzi:

- ortopedické pomůcky (vločky do bot)
- správné pomůcky k chůzi (peroneální pásky, hole, berle, chodítka)
- mechanické a elektrické vozíky
- elektrické skútry

			
PERONEÁLNÍ PÁSKA	CHODÍTKO ČTYŘKOLOVÉ	MECHANICKÝ VOZÍK	ELEKTRICKÝ SKÚTR
www.sanommed.cz	www.dmapraha.cz	www.dmapraha.cz	www.dmapraha.cz

JAK UŽÍVAT NOVÉ LÉKY?

Na co bych se měl zeptat svého lékaře?

Jaké беру léky?

Kdy?

Kolik?

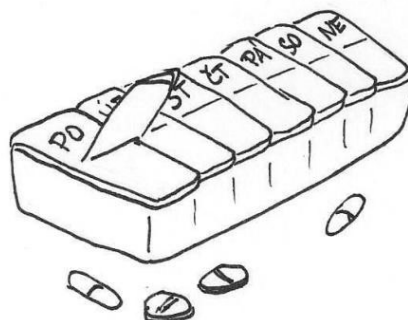
Jaké mohou mít vedlejší účinky?

Co dělat při problémech spojených s braním léků?

Informaci o nových lécích je třeba sdělit obvodnímu lékaři!

Co mi může pomoci s braním léků:

- užívání léků ve stejnou dobu každý den (například při jídle)
- použití týdenního dávkovače léků (oddělené přihrádky na každý den)
- kalendář nebo připomínka
- poznámky
- upozornění od rodiny, kamaráda



JAK SE MOHU VYPOŘÁDAT S ÚNAVOU?

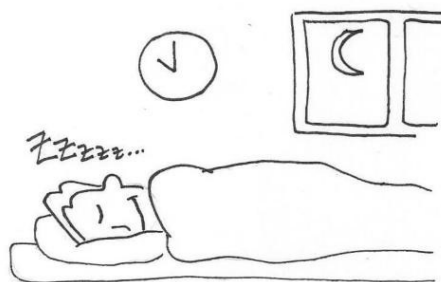
Rozlišujeme únavu **fyzickou** a **psychickou**.

Po velké fyzické námaze se někdy dostavují i pocity psychické únavy, naopak po vyčerpávající psychické námaze může fyzická práce pomoci odbourat psychickou únavu.

Únava se také rozděluje na akutní, která je přirozená a po odpočinku odezní, a chronickou, která má chorobné projevy, jako bolesti, poruchy spánku nebo poruchy paměti.

Užitečné tipy, jak snížit únavu:

- dostatečný příjem potravy
- zdravá a vyvážená strava
- dostatečný příjem tekutin
- rozplánování dne
- krátké přestávky na odpočinek
- krátký spánek během dne, nejdelší spánek v noci
- pravidelný režim dne (usínání a vstávání)
- fyzická aktivita
- žádost o pomoc se složitějšími úkoly

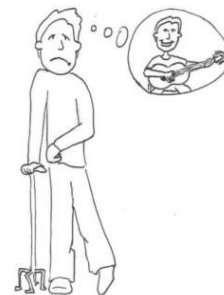


NA KOHO SE MOHU OBRÁTIT?

lékař	<ul style="list-style-type: none"> ✓ poskytne mi přehled o zdravotních problémech ✓ naplňuje strategii terapie
zdravotní sestra	<ul style="list-style-type: none"> ✓ pomůže mi s každodenní péčí (užívání léků, koupání, oblékání a vyprazdňování)
nutriční terapeut	<ul style="list-style-type: none"> ✓ naplňuje zdravou výživu
ergoterapeut	<ul style="list-style-type: none"> ✓ pomůže mi se zlepšením soběstačnosti (jídlo, pití, oblékání, koupání, toaleta) ✓ pomůže mi zlepšit svalovou sílu a rozsahy pohybů ✓ naučí mě manipulovat s předměty
fyzioterapeut	<ul style="list-style-type: none"> ✓ naučí mě správně sedět, stát a chodit ✓ pomůže mi zlepšit svalovou sílu, rovnováhu a koordinaci
rehabilitační lékař	<ul style="list-style-type: none"> ✓ doporučí mi správnou rehabilitaci
psycholog	<ul style="list-style-type: none"> ✓ pomůže mi snížit psychické a emocionální problémy
logoped	<ul style="list-style-type: none"> ✓ naučí mě správně mluvit a polykat ✓ pomáhá ke zlepšení paměti a vyrovnání se s omezenou pamětí
sociální pracovník	<ul style="list-style-type: none"> ✓ pomůže mi zajistit veřejné služby, rodinné finance, ✓ pomůže mi s hledáním práce
právník	<ul style="list-style-type: none"> ✓ poskytuje právní poradenství

Tipy pro úspěšnou rehabilitaci:

- co největší zapojení do rehabilitace, co nejvčasnější rehabilitace
- stanovení reálných cílů a plánů
- podpora blízké osoby
- žádost o pomoc v případě smutku, deprese či pocitu bezmoci



Ted' už vím, že...

- ...největší pokrok v rehabilitaci nastává u osob po CMP **v prvních třech měsících terapie**, ale může se zlepšovat i několik let.
- ...**denní rehabilitační cvičení** by mělo pokračovat i poté, co se člověk vrátí domů.
- ...cesta k zotavení může být dlouhá a frustrující. Je důležitá i **podpora rodiny a přátel**.



KDO SE VĚNUJE REHABILITACI PO CMP?

Některé organizace se přímo specializují na rehabilitaci pacientů po CMP a mohou nabídnout rozsáhlé služby v této oblasti.

KLINIKA REHABILITAČNÍHO LÉKAŘSTVÍ

Adresa: Albertov 7, 128 00, Praha 2
Telefon: 224 968 478
Odkaz: www.reha.lf1.cuni.cz



CEREBRUM - Sdružení osob se získaným poškozením mozku a jejich rodin, z.s.

Adresa: Křížkova 56/75A, 186 00, Praha 8
Telefon: 226 807 048
Odkaz: www.cerebrum2007.cz



ERGO Aktiv, o.p.s.

Adresa: Olšanská 2666/7, 130 00, Praha 3
Telefon: 732 542 529
Odkaz: www.ergoaktiv.cz



Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách

Adresa: Elišky Peškové 741/17, 150 00, Praha 5
Telefon.: 776 721 519
Odkaz: www.sdruzenicmp.cz



ASISTENCE, o.p.s.

Centrum pracovní rehabilitace
Adresa: Pujmanové 1219/8 140 00 Praha 4
Telefon: 603 551 095
Odkaz: www.asistence.org



Nabídka služeb

KLINIKA REHABILITAČNÍHO LÉKAŘSTVÍ (KRL VFN):



- **interprofesní tým odborníků** (rehabilitační lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psycholog, logoped, speciální pedagog, muzikoterapeut, arteterapeut, taneční a pohybový terapeut, sociální pracovník, zdravotní sestra)
- denní stacionář s 8 hodinovým individuálním programem (komplexní rehabilitace na základě individuálních cílů, nácvik denních činností)
- **ergodiagnostické pracoviště** (hodnocení pracovního potenciálu)
- diagnostika a návrh dlouhodobého i krátkodobého rehabilitačního plánu

CEREBRUM, z.s.:

CEREBRUM
Sdružení osob po poranění
mozku a jejich rodin



- rehabilitačně – rekondiční program (trénink kognitivních funkcí, léčebná tělesná výchova, podpůrná skupina, ergoterapie)
- svépomocné skupiny pro RP
- poradenství (služeb pro občany po poranění mozku a jejich rodiny, rehabilitace následků poranění mozku, obtíže v oblasti fyzických funkcí, poruchy kognitivních funkcí, poruchy chování a prožívání, motivace k rehabilitaci, zvládání péče, sociální dávky)
- kurzy
- rekondiční pobyt
- knihovna
- přednášky, publikace, občasník Makovice

- **interprofesní tým odborníků** (neurolog, rehabilitační lékař, psychiatr, ergoterapeuti, fyzioterapeuti, psychoterapeuti, logopedi, sociální pracovník, právní konzultant a asistent, kouč)
- intenzivní rehabilitační program v rámci denního stacionáře (komplexní rehabilitace na základě individuálních cílů, nácvik denních činností)
- odborná poradna, právní poradenství
- předpracovní poradenství a podpora (výběr zaměstnání, trénink pracovní činnosti, hledání konkrétní pracovní pozice, kontaktování zaměstnavatele)
- komunitní centrum a KLUB Aktiv, tréninková pracovní místa
- ergoterapeutické skupiny (skupinový kognitivní trénink, skupina rehabilitace horní končetiny, skupina rozvoje řečových funkcí)
- rehabilitace v domácím prostředí, příručka „*Jak cvičit doma*“
- dostupná na: www.ergoaktiv.cz

- ✓ Myslíme jako vy
 - Zjišťujeme, co Vám v životě chybí a hledáme cesty k dosažení.
- ✓ Myslíme komplexně
 - Budeme s Vámi cvičit, trénovat, jezdit tramvají, jednat s úřady, chodit do práce, ale i řešit, jak se cítíte a proč.
- ✓ Šijeme na míru
 - Náplň rehabilitace vytváříme na míru Vaším potřebám.
- ✓ Máme výsledky
 - Výsledky sledujeme v průběhu terapie.
- ✓ Učíme naše klienty, aby přestali být pacienti a vzali život do svých rukou

Sdružení CMP:



- kluby a komunitní centra
- poskytování zdravotního, sociálního, právního a ekonomického poradenství pro nemocné a jejich rodinné příslušníky
- odborné přednáškové a konzultační akce, kulturní, vzdělávací, výukové a společenské akce pro nemocné a jejich rodinné příslušníky
- vydávání tiskovin, publikací a zpráv souvisejících s CMP
- obhajování oprávněných zájmů nemocných
- příprava právních předpisů a připomínkového řízení k navrhovaným právním předpisům týkajících se zdravotně postižených
- organizace rekondičních pobyků pro členy, nemocné CMP a jejich rodinné příslušníky, anebo osoby ohrožené vznikem CMP
- sociální služby

ASISTENCE, o.p.s.:



- osobní asistence, tranzitorní program
- podporované zaměstnávání (nácvik dovedností potřebných k výkonu práce, pomoc při nalezení vhodného pracovního místa, pracovně-právní poradenství, úprava pracovního prostředí, pracovní asistence na pracovišti, pomoc při řešení případných problémů na pracovišti)
- ergoterapie (nácvik všedních denních činností, nácvik pracovních činností, poradenství ohledně kompenzačních pomůcek a úprav prostředí, trénink kognitivních funkcí)
- poradenství

O JAKÉ PŘÍSPĚVKY MOHU ŽÁDAT?

V rámci našeho sociálního systému existují určité možnosti, které finančně pomáhají dlouhodobě nemocným a postiženým lidem, kteří se dostali z důvodu věku či zdravotního stavu do nepříznivé sociální situace. Jedná se o příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku.

Invalidní důchod je jedním z důchodů poskytovaných státem z českého důchodového pojištění a dělí se na tři stupně. Pro žádost o další **příspěvky** se můžete obrátit na Úřad práce a s jejich vyřízením vám pomohou sociální pracovníci.

Příspěvek na péči

- určen osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb
- z poskytnutého příspěvku hradí pomoc, kterou jim může poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče, poskytovatel sociálních služeb, dětský domov nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu
- výše příspěvku se pohybuje v rozmezí 880 Kč - 13 200 Kč podle stupně závislosti vyšetřované osoby

Příspěvek na mobilitu

- opakující se nároková dávka, která je určena osobě starší 1 roku, která:
 - má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením ZTP, ZTP/P
 - opakovaně v kalendářním měsíci se dopravuje nebo je dopravována za úhradu
 - nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby
- výše dávky: 550 Kč měsíčně, vyplácí se zpětně

Příspěvek na zvláštní pomůcku

- určen osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, těžkým sluchovým nebo těžkým zrakovým postižením nebo těžkým mentálním postižením
- jednorázová a nároková dávka
- výše příspěvku se odvíjí od pořizovací ceny zvláštní pomůcky
- neposkytuje se na pořízení: stropního zvedacího systému, schodišťové plošiny a schodolezu

Průkaz osoby se zdravotním postižením

Průkaz TP - průkaz osoby s těžkým zdravotním postižením - náleží tomu, kdo má přiznán I. stupeň příspěvku na péči.

- vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích
- přednost při osobním projednávání záležitostí na úřadech

Průkaz ZTP - průkaz osoby se zvlášť těžkým zdravotním postižením - náleží tomu, kdo má přiznán II. stupeň příspěvku na péči.

- vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích
- přednost při osobním projednávání záležitostí na úřadech
- bezplatná doprava pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy
- sleva 75 % z ceny jízdného ve vlaku a spojích autobusové dopravy

Průkaz ZTP/P - průkaz osoby se zvlášť těžkým zdravotním postižením s potřebou průvodce - náleží tomu, kdo má přiznán příspěvek na péči ve stupni III nebo IV.

- stejné výhody jako u průkazu ZTP
- bezplatná doprava průvodce a vodícího psa veřejnými dopravními prostředky
- sleva ze vstupného na divadelní a filmová představení, koncerty, sport a kulturní akce
- osvobození od placení dálniční známky

MOHU SE VRÁTIT ZPĚT DO ZAMĚSTNÁNÍ?

Na čem závisí návrat do práce?

- druh práce
- následky CMP
- celkový zdravotní stav
- věk



„Měl bych řádně zvážit, zda se dokáži vrátit ke své původní práci. Ergoterapeut, psycholog nebo sociální pracovník mi může pomoci určit, zda je vhodné navrátit se ke staré práci.“

Jak o sebe mohu pečovat?

- podělit se o své pocity s někým blízkým
- dopřát si relaxaci, například vyrazit na procházku, přečíst si zajímavou knížku, či vyzkoušet jógu, tai chi nebo pilates
- držet krok s aktuálními událostmi a zprávami pro rozšíření rozhledu
- nebát se požádat o pomoc rodinu, přátele či specialisty
- pečovat o své fyzické zdraví správnou stravou a fyzickou aktivitou po většinu dní v týdnu

KDE MI POMOHOU S NÁVRATEM DO PRÁCE?

KRL VFN	Albertov 7, 128 00, Praha 2	www.reha.lf1.cuni.cz
ASISTENCE, o.p.s.	Pujmanové 1219/8 140 00 Praha 4	www.asistence.org
CEREBRUM, z.s.	Křižíkova 56/75A, 186 00, Praha 8	www.cerebrum2007.cz
ERGOaktiv, o.p.s.	Olšanská 2666/7, 130 00, Praha 3	www.ergoaktiv.cz

MOHU SE VRÁTIT K ŘÍZENÍ AUTOMOBILU?

Většina lidí po cévní mozkové příhodě může opětovně začít řídit. Je třeba nový trénink či speciální úprava automobilu.

Co mohu udělat pro návrat k řízení?

- promluvit se svým lékařem a terapeuty o možnosti řízení
- obrátit se na specializované autoškoly
- nechat si upravit automobil vhodným systémem řízení



ÚPRAVY AUTOMOBILŮ:

IROA-HDC s.r.o., Praha	www.iroa.cz
HURT s.r.o., Týnec nad Labem	www.rucniovladani.cz
JP SERVIS, Štěkeň	www.jpservis.eu
FIRMA JENČOVSKÝ, Plzeň	www.jenca.cz

Jiné možnosti dopravy:

- s rodinou a přáteli
- sanitka, taxi
- Handicap-Transport,
tel: 602 267 040
- veřejná doprava
- skútr, chůze

Ted' už vím, že...

- ...některé firmy nabízejí **úpravy vozu** pro usnadnění řízení.
- ...automobil je upravený tak, aby řízení vozu bylo co možná nejsnazší.
- ...mezi nejčastější úpravy automobilu patří
 - ruční ovládání pro plyn a brzdu,
 - ruční ovládání spojkového pedálu,
 - multifunkční ovladače na volant,
 - pomocné stabilizační pásy, opěrky a úpravy pedálů

JAKÝCH AKTIVIT SE MOHU ÚČASTNIT?

Prodělaná CMP není důvodem pro ukončení aktivního sportovního života. Naopak! Pacienti s CMP, kteří nejprve pod dohledem lékaře, zkušeného rehabilitačního pracovníka či fyzioterapeuta a následně sami pravidelně sportují, jsou na tom fyzicky i duševně lépe. Celé tělo se udržuje v kondici a zvyšuje se síla svalů. Křeče, poruchy rovnováhy, funkce dýchání, funkce střev se zlepšují, snižuje se výskyt depresí a únavy.

Vhodné sportovní aktivity:

- bowling, kriket, golf
- lekce fitness
- chůze
- joga, pilates, tai chi

Další aktivity:

- práce na PC (možnosti upravené klávesnice, myši, ovládací prvky)
- četba (držák knih, audio knihy)
- fotografování (fotoaparáty ovládané jednou rukou)
- výtvarné a ruční práce (speciálně navržené pomůcky)
- rozvoj kognitivních funkcí (programy HAPPYneuron, Cognifit – cvičení na paměť, koncentraci, řečové funkce, logické myšlení, prostorovou orientaci a další schopnosti)



„Úspěch se neměří podle toho, čeho dosáhneš, ale podle překážek, které překonáš.“

(Ethan Hawke)

Zdroje literatury:

- 1) Dartmouth - Hitchcock Medical Center. *Learning about Stroke. A Guide for Patients and Families*. 2012
- 2) EDMANS, J. *Occupational therapy and stroke*. 2nd ed. Chichester, West Sussex, U. K.: Blackwell Pub., 2010. ISBN 978-1-4051-9266-8.
- 3) Erudis, o.p.s. *Neurorehabilitace - jak se zorientovat? Příručka pro osoby se získaným poškozením mozku a jejich rodiny*. 2014.
- 4) FEIGIN, V. L. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. 1. české vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-428-7.
- 5) ŠTĚTKÁŘOVÁ, Ivana, Edvard EHLER a Robert JECH. *Spasticita a její léčba*. Praha: Maxdorf, c2012. Jessenius. ISBN 978-80-7345-302-2.

Webové zdroje:

- 6) *Afázie Občanské sdružení* [online]. © 2014 [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://www.afazie.cz>
- 7) *Asistence* [online]. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://www.asistence.org>
- 8) *Asociace klinických logopedů České republiky* [online]. © 2017 [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://www.klinickalogopedie.cz>
- 9) *Cerebrovaskulární ambulance* [online]. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://www.cmp-brno.cz>
- 10) *Cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti JEP* [online]. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://www.mozkovaprihoda.cz>
- 11) *CEREBRUM - Sdružení osob se získaným poškozením mozku a jejich rodin* [online]. © 2013 [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://www.cerebrum2007.cz>
- 12) *Česká asociace ergoterapeutů* [online]. © 2008 [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz>
- 13) *DMA kompenzační pomůcky* [online]. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://www.dmapraha.cz>
- 14) *ERGOAktiv* [online]. © 2015 [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://www.ergoaktiv.cz/>
- 15) *Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně* [online]. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://www.fnusa-icrc.org>
- 16) *IROA-HDC* [online]. © 2017 [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://www.iroa.cz>
- 17) *Klinika rehabilitačního lékařství I. LF UK a VFN v Praze* [online]. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://reha.lf1.cuni.cz>
- 18) *Meyra ČR* [online]. © 2015-2017 [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <https://www.meyra.cz>
- 19) *Nadace Charty 77* [online]. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <https://www.kontobariery.cz>
- 20) *Nadace J&T* [online]. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <https://www.nadacejt.cz>
- 21) *Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách* [online]. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://www.sdruzenicmp.cz>
- 22) *Všeobecná fakultní nemocnice v Praze* [online]. © 2012 [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://www.vfn.cz>
- 23) *Výbor dobré vůle - Nadace Olgy Havlové* [online]. © 2014 [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://www.vdv.cz>

CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny

Autor: Bc. Iveta Kovářová

Vedoucí práce: Mgr. Alice Oktábcová

Ilustrace: Bc. Kateřina Holubová

1. LF UK a VFN,

Praha,

2017

3.6 PŘÍLOHA Č. 6 - Struktura rozhovoru pro kvalitativní výzkum

STRUKTURA ROZHOVORU

- *Jak se vám daří po propuštění z nemocnice?*
- *Jak se o sebe zvládáte doma postarat?*
- *Je něco co vám nejde nebo dělá problém?*
- *Navštěvujete nějakou rehabilitaci / probíhá rehabilitace u vás doma?*
- *Pořídil(a) jste si nějaké pomůcky pro zvýšení soběstačnosti?*
- *Jak probíhá váš typický den?*
- *Věnujete se práci nebo některým svým zájmům?*
- *Zvládáte / pomáháte rodině při péči o domácnost, úklidu, vaření?*
- *Setkáváte se s přáteli?*
- *Využil(a) jste některé rady z manuálu?*
- *Které části manuálu pro vás byly zajímavé nebo důležité?*
- *Co se vám na manuálu líbilo?*
- *Je něco, co jste v informacích postrádal(a)?*
- *Jak byste manuál celkově zhodnotil(a) z pohledu struktury, přehlednosti, potřeby?*
- *Byl pro vás manuál užitečný?*

3.7 PŘÍLOHA Č. 7 - Kódování rozhovoru – paní M.

Rozhovor č. 8 – Paní M.

T: Jak se vám daří od propuštění z nemocnice?

P: Vidíte jak už krásně chodím? A nosím ruce? No ale řeknu vám, že jsem tady sebou flákla, byla jsem na to, že mám epilepsii. To jsem úplně z toho, tři neděle je to. A byla jsem zas v nemocnici s tím. Dneska jsem volala vo výsledek a on tam pan docent není, tak až odpoledne prej.

Komentář [IK1]: současná situace

Komentář [IK2]: současná situace

T: Jak se o sebe zvládáte postarat doma?

P: Dobře, dobrá, kromě nehtů teda, nehty mi nejdou a musím se až půjdu na to ergo zeptat jak se stříhají nehty levou rukou.

Komentář [IK3]: soběstačnost

Komentář [IK4]: problémové oblasti

T: Ony se dají pořídit i takové kleštičky.

P: No ale to já nesnáším ten pocit toho stisknutí, to je hrozný. A dcera, ta mi, helejte, ta mi koupila strojek, to je na elektrinu a takhle se to vlastně jako vobrušuje a já jsem jí řekla hele, jdi s tím do háje, protože já to potřebuju tady ustríhnout a to zůstalo rovně a ten necht - nehet mi začal zarůstat, já jsem říkala to nechci, jdi s tím pryč. Tak jsem si to vopilovala. No ale je to hrozný. Jednak musím s tím nechtem jezdit po tom pilníku, ale jinak jsem si už i zapnula vlasy, tudle ruku už jsem to naučila, tak jinak já nemám žádný jiný problémy.

Komentář [IK5]: kompenzační pomůcky

Komentář [IK6]: problémové oblasti

Komentář [IK7]: soběstačnost

T: Je něco, co vám nejde nebo dělá problém?

P: Jo pak mám jeden velkej problém a to je protože já musím nosit ty kompresní punčochy a natahovat je hrozný. Copak natahovat, ale daleko horší je to večer sundat, to byste nevěřila, přes tu patu jo? Ráno mi to trvá půl hodiny. No jako vadí mi to, že tahle ruka nemůže pomoci, žejo. To já si ji tam za to zastrčím a pak ji musím pracně vytahovat. Se tam zafixuje (směje se). No a, no tak půl hodiny mi to dává, no. Ale jinak s ničím jiným já nemám problém.

Komentář [IK8]: problémové oblasti

Komentář [IK9]: problémové oblasti

Komentář [IK10]: soběstačnost

Komentář [IK11]: emoce

T: Navštěvujete nějakou rehabilitaci?

P: Chodím na ten Albertov.

Komentář [IK12]: ambulantní RHB

T: Jak často tam jste?

P: Podle toho, jak maj volno, žejo, tak teď jsem tam byla v pondělí a jdu znovu tam zase příští pondělí a myslím pátek a pak jdu ještě na to-na ty nožičky a to je ergo jedno a druhý je fyzio-fyzio, jo, tak to mám až v květnu, protože ta paní na mě nemá čas. Já jsem

to měla jako vohjednaný, jenže jak se mi stalo to, že jsem tady sebou šmejkla a dali mě do tý nemocnice, tak jsem to musela všechno zrušit, no. Pak jsem litala po těch vyšetřeních a tak.

Komentář [IK13]: současná situace

T: A doma cvičíte?

P: Já jako cvičím každý den. Zabere to teda hodinu a teď jsem právě jsem zjistila, že jako ta chůze – já jdu, ale když mam stát tak nemam stabilitu. Musím se jako chytit, vopřít vo tu hůl – tak to ještě musím prokonzultovat, co s tím mam dělat. Ale asi je to taky tím, že jsem dlouho teď nechodila, protože se pohybuju teď jenom tady a venku jsem moc nechodila no. Včera jsem udělala tisíc pět set kroků. Já mam krokoměr, no, dcera mě se vším zásobuje.

Komentář [IK14]: RHB doma

Komentář [IK15]: problémové oblasti

Komentář [IK16]: současná situace

T: Pořídila jste si nějaké pomůcky pro zvýšení soběstačnosti?

P: To mam hůl, potom mám sedátko na vanu a jinak nic. Ty, jo, oni mi doporučovali takový ty úchyty, madla, což já nemůžu namontovat na tu toaletu udělat, protože tam je vedená voda a to bych to zničila.

Komentář [IK17]: kompenzační pomůcky

Komentář [IK18]: kompenzační pomůcky

T: Ony se vyrábí i takový ty přísavný madla.

P: No ale to vám každé řekne, že to někdy pustí a já používám dveře a já krásně vstanu....Ne, vono to tam prakticky nejde, protože kolem té co máme toaletu tak kolem dokola je vedená takhle voda teplá a studená. Takže to bych to napálila do tech trubek jediné.

Komentář [IK19]: soběstačnost

T: Věnujete se práci nebo některým svým zájmům?

P: No, to se věnuju, všemu. Čtu hlavně, já jsem praštěná na čtení, pak ležím na počítači, žejo, jako každý

Komentář [IK20]: zájmy

Komentář [IK21]: zájmy

Komentář [IK22]: zájmy

T: Zvládáte péči o domácnost, úklid a vaření?

P: Jasně, čtvrtek mám uklízení den, to dělám každý týden, ale jinak takhle záclony, to mi pomůže vnouček, ten mi to sundá, s ním to složím, vypereme a pověsíme. Vokna nedělám, ty nedělám už asi patnáct let. To si nechávám dělat. No né, vono když jsem to dělala tak já sem vždycky byla tak tři neděle nemocná a ten přijde ten myč a má to za hodinu všechny vokna hotový. Sedm set korun platím, no, to jde, to je dobrý. Voni to dělá taky ta pečovatelská služba, ale já jsem říkala tenhle pán sem chodí už takový léta tak.

Komentář [IK23]: péče o domácnost

Komentář [IK24]: péče o domácnost

Komentář [IK25]: péče o domácnost

Komentář [IK26]: problémové oblasti

T: A říkala jste, že si necháváte vozit ty obědy?

P: *No ty mi vozeš, akorát v soboty a v neděli, v sobotu jsem řekla, v sobotu a v neděli já si budu vařit sobě mňamky háký, abych se dostala z tohodle závodně kuchyňový stravy trošku no, ale jinak ty obědy to je supr teda.*

Komentář [IK27]: vaření

Komentář [IK28]: vaření

T: A bydlíte sama nebo s někým?

P: *Sama no, sama.*

T: Setkáváte se s přáteli?

P: *Já chodím.*

Komentář [IK29]: setkání s přáteli

T: A jak zvládáte ty schody v domě?

P: *No ale ty já zvládám dobře teda, nahoru výborně a dolů už je to horší. Ale ven jsem teďko nechodila, protože mně ten docent řek, že bych takhle mohla sebou fláknout i venku, takže to já chodím jedně s doprovodem. To vždycky zmermomocním vnuka a říkám Vojtišku, musíš se mnou jít nakoupit nebo támhle a on říká no jo, babičko, samozřejmě, víš, že jednou jsem sem nepřišel a ty jsi upadla. No ale myslím si, že až začne hezky, že budu jezdit na chatu no.*

Komentář [IK30]: soběstačnost

Komentář [IK31]: problémové oblasti

Komentář [IK32]: soběstačnost

Komentář [IK33]: soběstačnost

Komentář [IK34]: zájmy

T: Využila jste některé rady z manuálu?

P: *No hlavně jsem tady študovala, kde se seženou ty pomůcky, pak jsem si hlavně jsem si říkala, že tadyhle jak máte to, že byste měla všade zdůraznit, že ty lidi musej jako cvičit každé den. Protože jak jako jeden den necvičíte a už je to znát. No. Tadyhleto únavu, to jsem měla taky hroznou únavu. A to mi teďko jak chodím na ten, na tu cévní poradnu, tak tam mi řek, že si mam kupovat tu...Magnesia tu minerálku, že mám nedostatek hořčíku no. (Listuje manuálem.) No tady to máte, že největší pokrok je první tři měsíce. (Dál listuje.) No a vyřízení auta, k tomu už se nevrátím teda. Já bych řekla, že tohleto je jako takovej první-po tom šoku co to dostanete tak si představíte co já budu dělat jo? Naštěstí já jsem v důchodu, mně už je to jedno ale říkám si kdyby se mi to stalo v práci tak jsem vyřízená teda. Ale hlavně říkám teda tam zdůraznit, že ty lidi musej cvičit a brát ty léky pravidelně, žejo. No vidíte, to jsem vám neřekla, že mám lékovku nebo jak se to říká, tu krabičku na ty jednotlivý prášky. Co tu ještě mam? Jo, důležitá věc! Mám gumový tkaničky do bot, to je supr, pak mám takovou obouvací lžici na péro, to jsem vám zapomněla říct. Co ještě mám? No jinak už nic.*

Komentář [IK35]: využití rad

Komentář [IK36]: chybějící informace

Komentář [IK37]: využití rad

Komentář [IK38]: problémové oblasti

Komentář [IK39]: hodnocení

Komentář [IK40]: kompenzační pomůcky

Komentář [IK41]: kompenzační pomůcky

T: A to vám někdo doporučil?

P: No ona byla v tý, dcera byla v tý, byla v tý prodejně a tam ta dáma jí tohleto všechno poradila. Pak mám ještě takovou tu plastickou hmotu na cvičení prstíků. No a ty ježky no a ty balónky, jak se s tím masíruje.

Komentář [IK42]: kompenzační pomůcky

Komentář [IK43]: kompenzační pomůcky

T: Je něco, co jste v informacích postrádala?

P: Tak heleďte, já jsem to teda ztrestala. Já jsem to študovala vopravdu a musím říct, že je to supr, akorát vám chci říct, že tajidle na tý straně 28 tadyty příspěvky jsou už teď jiný. No a kromě toho ještě můžete dostat 2000 jako zvláštní příspěvek. No, jsem to naštuovala, jsem vám to tadyhle i napsala. No takže můžete až 15 200. Na mobilitu je 400 a příspěvek na zvláštní pomůcky, ale hlavně tam bych řekla, že je tam ten příspěvek na péči, osobu blízkou až 3 měsíce že můžete dostávat, třeba když se staráte o maminku. A máte nárok na volno, což dřív nebylo žejo. Tak, tak to jsem vám chtěla říct, že si myslím, že by to tady mělo bejt někde to. A potom jsem tadydle vám napsala (vytahuje papír s poznámkami), taky si myslím, že je důležitý pro ty lidi ta pečovatelská služba jak je zajišťuje ty služby. Protože pro mě třeba je to supr, protože mně vozej vobědy, když jdu k lékaři, tak mě tam odvezou...a já jsem vám tady podle tohohle zákona teď zákon 108 z roku 2006....jaký voni všechny služby můžou poskytovat. Takže to si vemte, to si nemusíte psát, noo. To si myslím, že je jako důležitý, protože třeba obzvlášť když je třeba někdo sám žejo, tak máte tady pomoc a podpora při podávání, jízda, oblékání a svlékání, prostorová orientace, doma pomoc při přesunu na lůžko nebo na vozík, pak je pomoc při osobní hygieně, pomoc při základní péči o vlasy a nehty a pomoc při použití WC. Pomoc při poskytnutí stravy, dovoz nebo donáška jídla, pomoc při přípravě jídla a pdávání, což je důležitý, některý lidi třeba si to nemůžou dát do pusinky. Pak je tady pomoc při zajištění chodu domácnosti, , což je supr, běžný úklid domácnosti a údržba, údržba domácích spotřebičů, třeba tady u nás já si objednáám a oni mně umyjou koupelnu a všechny dlaždičky, to je supr. No pak je topení v kamnech, běžné nákupy, nákupy týdení, praní a žehlení ložního prádla a osobního prádla, dokonce i drobné opravy a konc, konp, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, doprovázení do školy, třeba někdo kdo ještě třeba se předělává na něco jinýho, no do zaměstnání, k lékaři, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovod zpět. Což mě vozej k doktorovi, to já si, je fakt ale že si to teda musí platit ze svého jo, ale ten pocit, že máte jistotu že sebou já nikde nevláknou tak to je pro mě k nezaplacení. Já si myslím, že ta pečovatelská služba mnohem lidem, já nevím jestli je to všude jako tady na Praze 2 jo, ale myslím si, že to některým lidem může pomoci.

Komentář [IK44]: hodnocení

Komentář [IK45]: hodnocení

Komentář [IK46]: chybějící informace

Komentář [IK47]: chybějící informace

Komentář [IK48]: chybějící informace

Komentář [IK49]: chybějící informace

Komentář [IK50]: soběstačnost

Komentář [IK51]: současný stav

Komentář [IK52]: důležité oblasti

T: Skvělý, to moc děkuji za připomínky.

P: Noo, to si vemte a jinak já bych řekla, že je to supr ta knížka. A já bych to prodávala. Ale myslím si, že těchhle mozkových příhod je asi hodně, protože včera jsem poslouchala v rádiu takovej pořad, kde voni řekli, že je to hrozně stoupá. Já si myslím, že to mám s tím stresem no. Protože můj muž desum let Alzheimer, tak to si myslím, že mě asi voddělalo, no.

Komentář [IK53]: celkové hodnocení

T: Jak byste manuál celkově zhodnotila (jeho strukturu, přehlednost, potřebnost)?

P: Já říkám, že je to supr, supr, já jsem řekla, že je to supr. Ano, je to dobře napsaný a důležité věci správně zvýrazněné bych řekla. Já bych to vydala jako knížku. No já jsem tam v té nemocnici mně právě tadyta Alice Oktábcová přinesla vaření, jo, jednoručně, no to byla supr knížka! A já jsem to přečetla a udělala jsem si z toho výpisy.

Komentář [IK54]: celkové hodnocení

Komentář [IK55]: celkové hodnocení

Komentář [IK56]: vaření

T: A dostala jste při propuštění z Londýnské ještě jiné materiály a kontakty od paní doktorky a terapeutů?

P: Ne, nic, já jsem dostala akorát papíry, co tam se mnou dělali a jinak nic. Já jako jsem nic nedostala, protože já jako jsem celkem...akorát jsem dostala, že mám jít na tu neurologii na tu cévní poradnu a jinak nic. (Přemýšlí.) A tam chodím a tam pak mám nějakýho kardiologa, tam mam taky chodit, ale vod doktorů radši dál.

T: Byl pro vás manuál užitečný?

P: To jo. No ale tohlencto je dobrý zaměstnání, já si myslím, že budete mít hodně práce asi, co? Já to vidím na tom Albertově, co tam jezdí za případy, tak to mě vždycky dostanu ráno a říkámco ty tady vůbec děláš dyť tobě tady vůbec nic není jo.

Komentář [IK57]: užitečnost manuálu

3.8 PŘÍLOHA Č. 8 - Případové studie pacientů výzkumného vzorku

3.8.1 Kazuistika pan V. - muž, 67 let

NO: přijat pro iCMP v levé hemisféře po probuzení při účinné warfarinizaci s manifestací těžké pravostranné hemiparézy a diskrétní centrální léze n. VII.

PA: nyní SD, dříve pracoval jako letecký inženýr, poté v tiskárně

SA: ženatý, bydlí s manželkou, byt s výtahem

Kouření: kuřák, 10 cigaret denně

Kompenzační pomůcky: před hospitalizací nevlastnil

Mobilita: přetáčení a vertikalizace do sedu zvládá samostatně, vertikalizace do stoje se zevní oporou, chůze s oporou

Soběstačnost ADL: soběstačný ve většině personálních ADL, nutná dopomoc druhé osoby při oblékání dolní poloviny těla, koupání a chůzi, instrumentální ADL s dopomocí

Kognitivní funkce: pacient orientovaný místem, časem, osobou, psychomotorické tempo mírně zpomalené, komunikace ovlivněna dysartrií, zhoršena artikulace

Závěr vyšetření:

Pacient byl přijat pro iCMP vlevo po warfarinizaci s manifestací klinicky těžké hemiparézy, akcentované na PHK akrálně v plegii, na PDK středně těžká paréza, diskrétně centrální léze n. VII. Pacient na lůžku mobilní, zvládá přetáčení, vertikalizace do sedu, vsedě stabilní, do stoje samostatně. Chůzi zvládá samostatně s 1VH po rovině, v terénu s dohledem. V pADL částečně soběstačný, potřeba dopomoci při oblékání, koupání s dohledem, osobní hygienou (holení). Na PHK převládá středně těžká paréza, aktivní pohyby jsou v ramenním kloubu (RK) a lokti v odlehčení v dalších segmentech bez aktivního pohybu, pasivní pohyb bez omezení, cití zachované. Kognitivní funkce v normě, pacient spolupracuje, komunikace zhoršena dysartrií. Intervence během hospitalizace byla zaměřena na rehabilitaci PHK (facilitace, protahování, nácvik aktivních pohybů, pohyby v představě), nácvik ADL a výběr KP.

Výstupní vyšetření (testové metody):

FIM: 113/126 bodů – fyzické položky 79/91, psychosociální položky 34/35 bodů

Barthel Index: 90/100 bodů (dopomoc s oblékáním, koupáním, osobní hygienou)

Apraxia Screen of Tulia: 12/12 bodů

Albert's test: neglect syndrom nepřítomen

MoCA: /30 bodů

Závěr vyšetření po 3 měsících v domácím prostředí:

Pacient je v domácím prostředí spokojen, uvádí problematiku některých oblastí personálních ADL (oblékání, koupání, osobní hygiena) a nutnou dopomoc manželky při jejich výkonu. K chůzi využívá 1VH a z důvodu mírné nestability při chůzi vyžaduje dohled druhé osoby. Z kompenzačních pomůcek si do domácího prostředí pořídil sedačku a madla do vany, schůdek pro lepší vstup do vany, peroneální pásku, kolenní a ramenní ortézu. Uvažuje o využití pobytové rehabilitace v LSR Chvaly nebo zvažují s manželkou rehabilitaci v Hloubětíně. Ze *Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny* pacient využil různé rady pro zajištění bezpečnosti v domácím prostředí a inspiroval se při nákupu pomůcek. Využívá transportní služby a v současné době poptává možnost rehabilitace. Publikaci hodnotí jako „perfektní“.

3.8.2 Kazuistika paní D. – žena, 68 let

NO: edém mozku, ischemická etiologie, organický psychosyndrom a neurologická postižení parietálně vpravo

PA: nyní SD, dříve pracovala jako pokladní v Albertu

SA: bydlí s manželem, RD se zahradou

Kompenzační pomůcky: neměla

Mobilita: přetáčení a vertikalizace do sedu zvládá samostatně, mírná zevní opora při vertikalizaci do stoje a chůzi

Soběstačnost ADL: částečná soběstačnost v personálních ADL, nutná dopomoc při osobní hygieně, koupání, oblékání i svlékání dolní poloviny těla, sebesycení, instrumentální ADL zastává manžel

Kognitivní funkce: pacientka orientována místem, časem, osobou, psychomotorické tempo mírně zpomalené, mírně zhoršena pozornost a krátkodobá paměť, porucha prostorového vnímání, projevující se při čtení, psaní

Závěr vyšetření:

Pacientka přijata pro organický psychosyndrom a neurologické postižení parietálně vpravo, ischemické etiologie. Na lůžku pacientka mobilní, vertikalizace do sedu zvládá samostatně, do stoje potřeba zevní opora, stabilní, přesuny (lůžko/křeslo/toaletní křeslo) zvládá s mírnou dopomocí, s dohledem přesun na WC a do sprchy. V pADL potřeba asistence při ostříhání nehtů, oblékání (zip a knoflíky), při koupání (umytí hlavy, přesuny). Pacientka se nají vidličkou/lžící, potřebná dopomoc při nakrájení a mazání. Aktivní pohyby LHK jsou ovlivněné mírnou ataxií, inkoordinace pohybů, zhoršena JM a HM, snížená svalová síla. Spolupracující pacientka, orientována místem, časem, osobou. Psychomotorické tempo mírně zpomalené. Výrazná porucha prostorového vnímání. Intervence během hospitalizace byla zaměřena na nácvik chůze, nácvik základních pADL (oblékání, použití WC), nácvik fázi úchopu, HM a JM LHK.

Výstupní vyšetření (testové metody):

FIM: 92/126 bodů – fyzické položky 57/91, psychosociální položky 35/35 bodů

Barthel Index: 65/100 bodů (dopomoc s oblékáním, hygienou, koupáním, sebesycením)

Apraxia Screen of Tulia: 12/12 bodů

Albert's test: neglect syndrom nepřítomen

Závěr vyšetření po 3 měsících v domácím prostředí:

S pacientkou proběhl rozhovor pouze telefonním rozhovorem, z důvodu velkého vyčerpání pacientky. Nachází se teď v těžké životní situaci z důvodu nedávné smrti manžela: Rodina se jí snaží pomoci a poskytnout podporu, pomáhá jí i s vyklizením domu a přestěhováním do menšího bytu. Pacientka uvádí soběstačnost ve všech personálních i instrumentálních ADL. Větší nákupy jí zprostředkovává služba Anna v Českém Brodě. Jako problematické oblasti hodnotí oblékání a nošení lehkých břemen v paretické HK. Uvádí autoterapii v domácím prostředí, zaměřenou na rozsahy pohybu HK a jemnou motoriku. Kompenzační pomůcky nevyužívá, ale vymyslela si kompenzační strategie ke zvládnutí běžných denních činností (například při přesunu do vany a z vany využívá ručníky jako protiskluzovou podložku). Pacientka se ráda stará o domácnost, pracuje na zahradě a ze svých zájmů uvádí především hudbu. Pacientka nevyužila žádnou z rad v „*Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“, protože jej ihned po předání ztratila.

3.8.3 Kazuistika paní J. – žena, 43 let

NO: ischemická cévní mozková příhoda v povodí aa. centrales anterolaterales I. sin., odeznívající lehká pravostranná hemiparéza a centrální paréza n. VII

PA: v současné době v pracovní neschopnosti, prodavačka v domácích potřebách

SA: žije s rodinou (matkou a synem), svobodná, byt s výtahem 6. patro

Kompenzační pomůcky: sedačka do vany (po otci)

Mobilita: mobilitu na lůžku a vertikalizace do sedu i do stoje zvládá samostatně, ve stoji a při chůzi mírně nestabilní, nutný dohled terapeuta, chůze po schodech s dohledem a oporou o zábradlí

Soběstačnost ADL: soběstačnost v personálních ADL, dopomoc nutná pouze při nakrájení potravy (pro sníženou svalovou sílu) a při osobní hygieně

Kognitivní funkce: pacientka orientována místem, časem, osobou, psychomotorické tempo v normě, zhoršené soustředění

Závěr vyšetření:

Pacientka přijata pro ischemickou cévní mozkovou příhodu, odeznívající lehká pravostranná hemiparéza a centrální paréza n. VII. Na lůžku se zvládá samostatně přetočit, vertikalizace do sedu zvládá přes bok, vsedě stabilní, zvládá samostatně přesun (lůžko/židle/křeslo/WC) i přesun do sprchy. Vertikalizaci do stoje zvládá, ve stoji stabilní, mírně nestabilní chůze bez KP. V ADL téměř soběstačná, samostatně se zvládne umýt, vyčistit zuby, koupání zatím s dohledem, samostatně si oblékne horní i dolní polovinu těla, samostatně se nají přiborem, obtíže s krájením. Aktivní pohyby PHK, bez výrazného omezení, zhoršená koordinace prstů, potřeba kontroly oko-ruka. Pacientka je orientována osobou, místem i časem. Psychomotorické tempo v normě. Kognitivní funkce bez patologického nálezu.

Výstupní vyšetření (testové metody):

FIM: 119/126 bodů – fyzické položky 84/91, psychosociální položky 35/35 bodů

Barthel Index: 95/100 bodů

Apraxia Screen of Tulia: 12/12 bodů

Albert's test: neglect syndrom nepřítomen

MoCA: 29/30 bodů

Závěr vyšetření po 3 měsících v domácím prostředí:

S pacientkou proběhl rozhovor pouze prostřednictvím telefonního hovoru. Pacientka uvádí dobrou kvalitu života z důvodu dobrého funkčního stavu. Je soběstačná v personálních i instrumentálních ADL, vrátila se zpět do zaměstnání a věnuje se rodině a svým zájmům. Ze „*Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“ nevyužila žádné rady, ale uvádí, že si vše pečlivě nastudovala a dala informace přečíst i rodině a přátelům. Zaujala ji především struktura přehledu, grafické zpracování a uvedené informace.

3.8.4 Kazuistika pan M. – muž, 70 let

NO: ischemická cévní mozková příhoda v povodí ACM sin, kardioembolizační etiologie, centrální paréza n. VII.

PA: nyní SD, dříve brigádník

SA: 3x rozvedený, bydlí na ubytovně, má dceru v Praze

Kompenzační pomůcky: neměl

Mobilita: přetáčení a vertikalizace do sedu i do stoje zvládá samostatně, ve stoji mírně nestabilní, chůze s 1 FH, nestabilní, nutný dohled terapeuta

Soběstačnost ADL: částečně soběstačný v personálních ADL, nutná pomoc s nakrájením jídla při sebesycení, oblékáním a svlékáním dolní poloviny těla, občas inkontinentní, instrumentální ADL nevykonává

Kognitivní funkce: pacient orientovaný místem, časem, osobou, psychomotorické tempo mírně zpomalené, mírná kognitivní porucha (především v krátkodobé paměti), zhoršena grafomotorika

Závěr vyšetření:

Pacient přijat pro ischemickou cévní mozkovou příhodu. Na lůžku mobilní, zvládá přetáčení, vertikál, mírně nestabilní zace do sedu přes bok, des stabilní. Samostatně zvládá přesuny (lůžko/židle/křeslo/toaletní křeslo/WC) i vertikalizace do stoje, stoj stabilní. Chůzi zvládá s 1FH, mírně nestabilní, nutný dohled terapeuta. V pADL téměř soběstačný, samostatně se zvládne omýt, vyčistit zuby, koupání zatím s dohledem – vsedě na koupacím křesle se samostatně omyje a osuší. Samostatně si oblékne horní i dolní polovinu těla, samostatně se nají, na WC dojde samostatně. Aktivní pohyb PHK vázne mírně FLX RK, v ostatních segmentech bez výrazného omezení, pohyby prstů mírně nekoordinované, zhoršena JM, snížená svalová síla. Motoricky zvládá všechny

typy a fáze úchopu, vážne pouze koordinace prstů, kontrola oko-ruka. Tužkový úchop zvládá, zhoršeno držení tužky a přitlačení k papíru, písmo kostrbaté, psaní v pomalém tempu. Pacient je orientován osobou, místem i časem. Psychomotorické tempo mírně zpomalené. Pacient rozumí, komunikuje a spolupracuje. Intervence zaměřena na nácvik JM a grafomotoriky při činnostech v ADL, nácvik stability při chůzi.

Výstupní vyšetření (testové metody):

FIM: 107/126 bodů – fyzické položky 73/91, psychosociální položky 34/35 bodů

Barthel Index: 80/100 bodů (dopomoc s koupáním)

Apraxia Screen of Tulia: 12/12 bodů

Albert's test: neglect syndrom nepřítomen

Závěr vyšetření po 3 měsících v domácím prostředí:

Pacient kromě drobných zdravotních komplikací uvádí spokojenost v domácím prostředí a soběstačnost ve všech všedních činnostech, včetně instrumentálních (péče o domácnost, vaření, praní). Pacient uvádí, že objednané kompenzační pomůcky si nevyzvedl a že ze „*Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“ nejvíce využil praktické rady do domácího prostředí.

3.8.5 Kazuistika pan H. – muž, 72 let

NO: ischemická cévní mozková příhoda v povodí ACM sin, manifestující se lehkou pravostrannou hemiparézou incl. Centrální léze n. VII vpravo, středně těžkou dysartrií a smíšenou fatickou poruchou s progresí hemiparézy do středně těžké s akcentací na pravé horní končetině, kde akrálně až plegie

PA: nyní SD, dříve učitel

SA: žije s manželkou v bytě ve 4. patře s výtahem

Kompenzační pomůcky: neměl

Mobilita: přetáčení a vertikalizace zvládá samostatně, chůze s oporou o 1VH, s dopomocí 1 osoby

Soběstačnost ADL: částečně soběstačný v personálních ADL, nutná dopomoc s nakrájením jídla při sebesycení, osobní hygienou a koupáním, oblékáním a svlékáním dolní poloviny těla

Kognitivní funkce: pacient orientovaný místem, časem, osobou, psychomotorické tempo mírně zpomalené, komunikace ovlivněna fatickou poruchou, porozumění v normě, kognitivní funkce nelze vyšetřit pro fatickou poruchu

Závěr vyšetření:

Pacient přijat pro ischemickou CMP. Pacient na lůžku mobilní, zvládá přetáčení, vertikalizace do sedu. V sedu mírně nestabilní, do stoje potřeba dopomoc 1 osoby o zevní oporu, chůzi zvládá o VH s dopomocí 1 osoby. V pADL částečně soběstačný, potřebná dopomoc při oblékání, koupání, sebesycení (krájení) a dohled při přesunech do koupelny a na WC. PHK – aktivně FLX RK do 90°, deprese lopatky, omezený pohyb v lokti v odlehčení, v dalších segmentech bez aktivního pohybu, pasivní pohyb bez omezení, cítí zachovalé. Pacient orientovaný místem, časem i osobou. Psychomotorické tempo mírně zpomalené. Komunikace ovlivněna fatickou poruchou (heslovitě), porozumění v normě. Intervence zaměřena na rehabilitaci PHK – facilitace, protahování, nácvik aktivních pohybů, nácvik pADL (oblékání, sebesycení).

Výstupní vyšetření (testové metody):

FIM: 90/126 bodů – fyzické položky 58/91, psychosociální položky 32/35 bodů

Barthel Index: 65/100 bodů (dopomoc ve všech oblastech pADL)

Apraxia Screen of Tulia: 11/12 bodů

Albert's test: neglect syndrom nepřítomen

Závěr vyšetření po 3 měsících v domácím prostředí:

Pacient je v domácím prostředí spokojen a uvádí velkou oporu v manželce. V ADL závislý na druhé osobě, především dopomoc s oblékáním, osobní hygienou, koupáním a chůzí. Pro možnost další rehabilitace začal pacient navštěvovat ambulantně Klinikou rehabilitačního lékařství, kde dochází do denního stacionáře. Domácí prostředí si pacient podle doporučení vybavil kompenzačními pomůckami do koupelny a na WC. V „*Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“ mu přišly zajímavé informace o CMP a některé typické rady.

3.8.6 Kazuistika pan J. – muž, 63 let

NO: subakutní cévní mozková příhoda v povodí ACM dx., manifestující se v úvodu středně těžkou levostrannou hemiparézou s postupnou regresí do lehkého stupně

PA: žíví se zedničinou, práce načerno, nemá zaměstnavatele

SA: bez domova, žije na ulici od léta 2017, svobodný, bezdětný, se sestrou se nestýká

Mobilita: přetáčení a vertikalizace do sedu zvládá samostatně, vertikalizace do stoje a chůze se 4kolovým chodítkem s dopomocí 1 osoby

Soběstačnost ADL: částečně soběstačný v personálních ADL, nutná pomoc s nakrájením jídla při sebesycení, osobní hygienou a koupáním, oblékáním a svlékáním dolní poloviny těla, chůzí a přesuny

Kognitivní funkce: pacient orientovaný místem, časem, osobou, psychomotorické tempo v normě, mírná kognitivní porucha v prostorové orientaci, pozornosti a v krátkodobé paměti

Závěr vyšetření:

Pacient přijat pro subakutní CMP, manifestující se v úvodu středně těžkou levostrannou hemiparézou s postupnou regresí do lehkého stupně. Na lůžku mobilní, samostatně se posadí, zvládá vertikalizace do stoje. Chůze mírně nestabilní, pomocí 4kolového chodítka. V pADL částečně závislý, potřeba dopomoci při koupání, krájení potravin a dohled při chůzi. Aktivní pohyby LHK zachovány, zhoršená HM a JM, při úchopech zhoršená taxie a snížená svalová síla. Pacient spolupracuje, zadaným úkolům rozumí a vyhoví. Orientovaný místem, časem, osobou a situací. Dle objektivního vyšetření mírná kognitivní porucha, především v prostorové orientaci, pozornosti a krátkodobé paměti. Pacient žije samostatně, nyní bezdomovec od r. 2017, není hlášen na městském úřadě, přivydělává si jako zedník, není zaměstnán. Rodinu nemá, má sestru (nejsou v kontaktu), pacienta navštěvují kamarádi. Zaměření na sociální intervenci.

Výstupní vyšetření (testové metody):

FIM: 102/126 bodů – fyzické položky 68/91, psychosociální položky 34/35 bodů

Barthel Index: 65/100 bodů (dopomoc s koupáním, sebesycením a při chůzi)

Apraxia Screen of Tulia: 12/12 bodů

Albert's test: neglect syndrom nepřítomen

MoCA: /30 bodů

Závěr vyšetření po 3 měsících v domácím prostředí:

Sociální situace pacienta se díky sociální pracovníci změnila k lepšímu, nyní bydlí v azylovém domě v Holešovicích a poohlíží se po lepším bydlení. Setkává se s přáteli. Uvádí soběstačnost v domácím prostředí bez nutnosti využití kompenzačních pomůcek. „*Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“ hodnotí pozitivně a uvádí důležitost obsažených informací.

3.8.7 Kazuistika paní B. – žena, 72 let

NO: ischemická cévní mozková příhoda ve vertebrobasilárním povodí s kompresí mozkového kmene a rozvojem obstrukčního hydrocefalu embolizační etiologie, st.p. dekompresní kranietomie zadní jámy lební, přechodně zevní komorová drenáž

PA: nyní SD, dříve pracovala jako aranžérka

SA: bydlí s manželem

Kompenzační pomůcky: neměla

Mobilita: přetáčení a vertikalizace do sedu zvládá s dopomocí 1 osoby, stoj a chůze se zevní oporou o čtyřkolové chodítko s dohledem terapeuta

Soběstačnost ADL: částečně soběstačná, nutná dopomoc ve všech oblastech ADL

Kognitivní funkce: pacientka orientována místem a osobou, neorientována časem, psychomotorické tempo zpomalené, porucha prostorové orientace, pozornosti a krátkodobé paměti, výbavnosti slov

Závěr vyšetření:

Pacientka přijata pro ischemickou CMP s kompresí mozkového kmene a rozvojem obstrukčního hydrocefalu embolizační etiologie. St.p. dekompresní kranietomie. Na lůžku částečně mobilní, s dopomocí se posadí, sed stabilní. Vertikalizaci do stoje zvládne s dopomocí 1 osoby a zevní oporou, chůze nelze. V pADL nesoběstačná, potřeba dopomoci při koupání, při oblékání, při přesunech na toaletní křeslo. Aktivní pohyby PHK omezeny v RK nad horizontálu, zhoršena JM, snížená svalová síla, čítí v normě. Pacientka spolupracuje, zadaným úkolům rozumí, vyhoví, komunikuje, během vyšetření kolísá pozornost, občas známky zmatenosti. Orientována osobou. Místem, časem a situací neorientována. Psychomotorické tempo zpomalené. Dle objektivního vyšetření mírná kognitivní porucha na hranici se středně těžkou poruchou, především

v prostorové orientaci, pozornosti a v krátkodobé paměti, výbavnosti slov. Intervence zaměřena na nácvik pADL, trénink HM a JM PHK, nácvik mobility, přesunů a chůze.

Výstupní vyšetření (testové metody):

FIM: 69/126 bodů – fyzické položky 42/91, psychosociální položky 27/35 bodů

Barthel Index: 40/100 bodů (závislost na druhé osobě)

Apraxia Screen of Tulia: 12/12 bodů

Albert's test: neglect syndrom nepřítomen

MoCA: 18/30 bodů (porucha pozornosti, paměti a prostorové orientace)

Závěr vyšetření po 3 měsících v domácím prostředí:

Pacientka je v domácím prostředí částečně soběstačná, v některých aktivitách nutná asistence či dohled manžela (přesun do sprchy, koupání, osobní hygiena, chůze). Manžel je starostlivý a nepouští pacientku nikam samotnou. Oba uvádí strach z možného pádu při chůzi. Pacientka využívá rehabilitaci v domácím prostředí, zaměřenou především na chůzi. Z kompenzačních pomůcek si pacientka pořídila chodítko a toaletní křeslo. V oblasti instrumentálních ADL se pacientka snaží pomoci s vařením, ostatní aktivity vykonává většinou manžel. Velice pozitivně hodnotí vytvořený „*Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“ z pohledu nedostatečné informovanosti o CMP a možnostech její léčby. Uvádí, že příručka je dobrým průvodcem pro pacienty, kteří prodělali CMP a obsahuje užitečné informace a kontakty, které člověk potřebuje.

3.8.8 Kazuistika paní M. – žena, 76 let

NO: ischemická cévní mozková příhoda v povodí ACM I.dx. na podkladě okluze ACC I.dx., etiologicky v. s. embolizačního charakteru

PA: nyní SD, pobírá starobní důchod

SA: bydlí sama ve 4. patře bez výtahu, navštěvuje ji dcera s vnukem, rodinné zázemí dobré.

Kompenzační pomůcky: neměla

Mobilita: na lůžku mobilní, zvládá samostatně vertikalizace do sedu a stoje, chůzi po rovině a v terénu s 1VH, schody s oporou o zábradlí

Soběstačnost ADL: soběstačná, nezvládá úpravu vlasů, obtíže při zapínání knoflíků, tkaniček, přesuny zvládá samostatně

Kognitivní funkce: pacientka orientována místem, časem a osobou, velmi motivována, spolupracující. Dle objektivního vyšetření kognitivní funkce v normě, komunikace bez potíží.

Závěr vyšetření:

Pacientka přijata pro CMP na podkladě okluze a. cerebri media. Na lůžku mobilní, zvládá samostatně vertikalizace do sedu i stoje, chůze po rovině a v terénu s 1VH, schody s oporou o zábradlí. V pADL částečně soběstačná, potřebná dopomoc při mytí hlavy, úpravě vlasů a zavazování tkaniček. Lehká spastická paréza nedominantní LHK, funkční rozsahy pohybů, pohyb prstů v pomalém tempu, mírně inkoordinované, kontrola oko-ruka. Zhoršená JM, zvládá všechny typy a fáze úchopu, snížená svalová síla, omezené dynamické pluridigitální úchopy. Pacientka je orientována místem, časem a osobou, velmi motivována, spolupracuje. Dle objektivního vyšetření KF v normě. Zaměření terapie na nácvik pADL (sebesycení, osobní hygiena), rozsahy pohybů, protahování, nácvik HM a JM. S pacientkou provedena domácí návštěva – doporučena sedačka na vanu, 1VH, protiskluzové podložky, madla k WC, doporučení ambulantní RHB – zaměření na iADL.

Výstupní vyšetření (testové metody):

FIM: 117/126 bodů – fyzické položky 82/91, psychosociální položky 35/35 bodů

Barthel Index: 95/100 bodů (dopomoc s úpravou vlasů)

Apraxia Screen of Tulia: 12/12 bodů

Albert's test: neglect syndrom nepřítomen

MoCA: 30/30 bodů

Závěr vyšetření po 3 měsících v domácím prostředí:

Pacientka uvádí dobrou kvalitu života a nadšení z výsledků rehabilitace. Ze zdravotního stavu popisuje nedávný epileptický záchvat. Je zcela soběstačná v personálních ADL v domácím prostředí, pro výkon iADL využívá dostupné služby (dovoz obědů, transportní služby), případně pomáhá rodina. Mezi problémové oblasti řadí pouze stříhání nehtů pravé ruky a oblékání a svlékání kompresních punčoch. Navštěvuje ambulantní rehabilitaci na KRL na Albertově, kde dochází na fyzioterapii a ergoterapii (podle časových možností terapeutů). Z kompenzačních pomůcek jí dcera pořídila sedačku na vanu, pořadač na léky, gumové tkaničky do bot a obouvací lžici.

Pacientka se nadále věnuje svým zájmům (čtení, práce na PC) a setkání s přáteli. Pacientka důkladně prostudovala Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny a sepsala informace, které by v přehledu ještě měly být zdůrazněné. Jednalo se především o nabídku pečovatelské služby. Dále zhodnotila edukační materiál velice pozitivně a navrhla jeho vydání.

3.8.9 Kazuistika pan R. – muž, 77 let

NO: ischemická cévní mozková příhoda v povodí a.cerebri media sinistra.

PA: nyní SD, dříve pracoval jako malíř, grafik

SA: bydlí s manželkou v rodinném domě, schody ke vchodu

Kompenzační pomůcky: neměl

Mobilita: na lůžku mobilní, samostatně zvládá vertikalizace do sedu a stoje, chůze s dohledem 1 osoby po rovině podle stavu s využitím 1VH či se 4kolovým chodítkem, schody s dohledem 1 osoby oporou o zábradlí.

Soběstačnost ADL: závislý na dopomoci druhé osoby téměř ve všech činnostech pADL

Kognitivní funkce: pacient orientovaný místem, časem a osobou, spolupracující. Komunikace zhoršená pro afázii, občas nesrozumitelná slova, zhoršené vyjadřování.

Závěr vyšetření:

Pacient přijat pro ischemickou CMP v povodí a. cerebri media sinistra. Na lůžku mobilní, samostatně zvládá vertikalizace do sedu a stoje, chůze s dohledem 1 osoby po rovině s 1VH, dle stavu se 4kolovým chodítkem s dohledem, schody s dohledem 1 osoby a s oporou o zábradlí. V pADL lehce závislý na dopomoci druhé osoby, limitován nestabilní chůzí. Potřeba dopomoci s přesunem do vany, dohled při chůzi. Lehká paréza PHK, aktivní rozsahy pohybů, funkční, omezeny bolesti RK (artrosa). Mírně inkoordinované pohyby prstů, zvládá všechny typy a fáze úchopu, omezená fáze přiblížení nad horizontálu, zhoršeny jemné dynamické úchopy. Mírné zhoršení JM, grafomotoriky. Pacient orientovaný místem, časem, osobou, spolupracující, komunikace zhoršena pro afázii. Kognitivní porucha v oblasti krátkodobé paměti, pozornosti, exekutivních funkcí a řeči. Intervence zaměřená na výběr KP (4kolové chodítko, nástavec na WC, protiskluzová podložka, madla), poradenství a trénink KF.

Výstupní vyšetření (testové metody):

FIM: 106/126 bodů – fyzické položky 74/91, psychosociální položky 32/35 bodů

Apraxia Screen of Tulia: 12/12 bodů

Albert's test: neglect syndrom nepřítomen

MoCA: 23/30 bodů (narušení exekutivních funkcí, paměti, řeč)

Závěr vyšetření po 3 měsících v domácím prostředí:

Pacient v domácím prostředí nemotivovaný, unavený a limitovaný bolestí. Nutná asistence ve všech ADL. Do domácího prostředí dochází ergoterapeut a fyzioterapeut, rehabilitace zaměřena především na chůzi a funkci HK. Snaha o zvýšení motivace pacienta pro terapii a návrat k zájmům. Mírnou komplikací terapie je starostlivá manželka, která poskytuje velkou míru asistence (více než je potřeba). Nutné poskytnutí poradenství a zaučení manželky pro další terapii.

3.8.10 Kazuistika pan N. – muž, 65 let

NO: pacient v lednu prodělal ischemickou CMP s manifestací pravostranné hemiparézy, diabetes mellitus II. typu, v minulosti prodělal 3x infarkt myokardu

ŠA: ukončené základní vzdělání a výuční list v oboru řezník uzenář

PA: v současné době pracující důchodce (služby 2 dny v týdnu, spíše o víkendech), člen ochranky na recepci budovy, dříve pracoval jako řezník

SA: SD, přivydělává si jako člen ochranky, nyní bude žádat o pracovní neschopnost; žije s manželkou v bytě ve 4. patře, bez výtahu, přibližně 100 schodů, zábradlí po levé ruce; v koupelně vana - nevlastní žádnou kompenzační pomůcku pro přesun do vany

Zájmy: práce, pes, přátelé

Kompenzační pomůcky: 1 vycházková hůl, brýle na čtení

Mobilita: Na lůžku zcela soběstačný, mobilní, samostatně zvládá vertikalizace do sedu, do stoje, přesuny, stoj a chůzi po rovině. Chůze s 1 vycházkovou holí a chůze po schodech s doprovodem 1 osoby. Při chůzi zvýšené riziko pádů.

Soběstačnost ADL: V personálních ADL zcela samostatný, bez dopomoci zvládá i osobní hygienu, koupání a oblékání dolní poloviny těla. Plně kontinentní. iADL vykonává manželka

Kognitivní funkce: Pacient orientován osobou, místem i časem, mírný deficit v prostorové orientaci (kreslení cesty v MoCA testu). Reaguje adekvátně, rozumí, udrží

pozornost. Mírné snížení krátkodobé paměti (při výbavnosti zapamatovaných slov), dlouhodobá paměť bez patologických změn. Řeč, počítání a čtení bez patologie.

Závěr vyšetření:

Pacient přijat pro dg. Ischemické CMP, manifestující se pravostrannou hemiparézou. Pracující důchodce, žádá o pracovní neschopnost, žije s manželkou v bytě ve 4. patře bez výtahu. Pacient je orientovaný časem, osobou a místem, komunikuje a spolupracuje. Mírný kognitivní deficit v prostorové orientaci a exekutivních funkcích. Na lůžku zcela soběstačný, mobilní, samostatně zvládá vertikalizace do sedu, do stoje, přesuny, stoj a chůze po rovině. Chůze s 1 vycházkovou holí a chůze po schodech s doprovodem 1 osoby. Při chůzi zvýšené riziko pádů. V personálních ADL zcela samostatný, bez dopomoci zvládá i osobní hygienu, koupání a oblékání dolní poloviny těla. Plně kontinentní. Z kompenzačních pomůcek vlastní půjčenou vycházkovou hůl, nosí brýle na čtení. Dominantní PHK není výrazně omezena ve funkčních pohybech ani rozsazích, omezená jemná motorika PHK pro sníženou koordinaci prstů (flexe a extenze) a zpomalení tempa. Svalová síla symetrická na obou HKK, vyšetřena orientačně stiskem ruky. Normostezie taktilního a hlubokého cití. Provede všechny typy úchopů, nejsou výrazně omezené v žádné jejich fázi. Mírná spasticita (stupeň 2 – m. pectoralis, m. biceps brachii, m. triceps brachii, pronátory předloktí), nutno dovyšetřit spasticitu dle Graciese.

Výstupní vyšetření (testové metody):

FIM: /126 bodů – fyzické položky /91, psychosociální položky /35 bodů

Barthel Index: 95/100 bodů (chůze po schodech s pomocí)

Apraxia Screen of Tulia: 12/12 bodů

Albert's test: neglect syndrom nepřítomen (přehlédnutí 1 čáry)

MoCA: 24/30 bodů (porušené exekutivní funkce, paměť)

Závěr vyšetření po 3 měsících v domácím prostředí:

Pacient spokojen v domácím prostředí, soběstačný ve všech pADL i iADL (zvládá péči o domácnost, úklid, vaření). Nevyužívá možností následné rehabilitace, ani si nezřizoval pomůcky do domácího prostředí. Opět se věnuje svým zájmům a chodí do práce (přivýdělek v důchodu). V „*Souboru doporučení pro pacienty a jejich rodiny*“ pacienta zaujaly obecné informace o CMP.